

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

ESCUELA DE POST- GRADO

**Estudio de impacto de la estrategia de atención integral
de salud a poblaciones excluidas y dispersas - AISPED
en la Región Ayacucho**

TESIS

Para optar Grado Académico de Magíster en Economía de la Salud

AUTOR

Cleymer Bautista Prado

ASESOR

César Augusto Sanabria Montañéz

Lima - Perú

2011

DEDICATORIA

Quiero dar gracias a Dios por darme la oportunidad de vivir y dedico este trabajo:

A mis padres, quienes a través de su esfuerzo permanente me dieron una carrera para mi futuro.

A Mónica, quien me acompaña en todo momento, por su comprensión, apoyo constante e invaluable.

AGRADECIMIENTO

A mi maestro y asesor, el Mg. César Augusto Sanabria Montañéz, por sus enseñanzas, la dedicación y asistencia técnica en la elaboración del presente trabajo.

A mis amigas y amigos que con mucha voluntad han aportado en la construcción del presente trabajo y a quienes han leído este texto y me han enriquecido con sus puntos de vista.

A los usuarios de los servicios de salud de las comunidades excluidas y dispersas por haber compartido su valiosa opinión y a la Dirección Regional de Salud Ayacucho por brindarme las facilidades para la obtención de la información; quienes al ser parte de este estudio intentan contribuir a reducir las brechas de exclusión social en nuestro país.

INDICE GENERAL

CAPÍTULOS

	Página
INTRODUCCIÓN	17
CAPITULO I: EL PROBLEMA	17
1.1 Antecedentes	20
1.2 Situación Problemática	22
1.3 Formulación del Problema	22
1.4 Sistematización del Problema	22
1.5 Justificación	23
1.6 Objetivos	24
CAPITULO II: MARCO TEORICO	26
2.1 Exclusión social	26
2.2 Modelo de Atención en Salud	27
2.3 Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas.	29
2.4 Aseguramiento Universal en Salud	33
2.5 Impacto	35
2.6 Concepto de evaluación	36
2.7 Evaluación de impacto.	38
CAPITULO III: METODOLOGIA	50
3.1 Hipótesis	50
3.2 Variables	51
3.3 Ámbito de estudio	51
3.4 Población de estudio	51
3.5 Marco metodológico para la evaluación de impacto	51
3.6 Diseño de estudio	54
3.6.1 Método de análisis.	54
3.6.2 Técnicas para el recojo de información	55
3.6.3 Instrumentos	57
3.6.4 La operación de campo	58
3.6.5 Indicadores de impacto	61
3.6.6 Metodología para el análisis con datos secundarios	63
3.6.7 Metodología para la elección de las localidades control	64
3.6.8 Metodología para la obtención de los datos primarios	66
a. La muestra	66
b. Criterios de inclusión y exclusión	70
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	71
4.1 Características de la Oferta y Demanda de la Estrategia AISPED.	71

4.1.1	Características de la oferta.	71
a.	Gestión	72
b.	Organización	73
c.	Prestación	79
d.	Financiamiento	82
4.1.2	Características de la Demanda o población objetivo	86
a.	Características sociales y demográficas	88
b.	Características Económicas	93
4.2	Evaluación de Impacto.	97
4.2.1	Evaluación de impacto del acceso a los servicios de salud.	97
4.2.2	Evaluación de Impacto del estado de salud de la población	120
4.2.3	Valoración y análisis de la relación costo – impacto y jerarquización de las intervenciones de la Estrategia AISPED.	131
4.3	Análisis y Discusión.	133
CONCLUSIONES		138
RECOMENDACIONES		142
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		148
ANEXOS		151

INDICE DE TABLAS

Nº.		Pág.
1	Diseño de evaluación de la Doble Diferencia	43
2	Nº de Provincias y Distritos, Cantidad de Localidades y Hogares por Redes de Salud. DIRESA Ayacucho 2009-2010.	57
3	Número de Equipos AISPED, Número de Hogares Entrevistados y Número de Localidades, por Redes de Salud.	58
4	Matriz de indicadores de impacto	61
5	Nº de Comunidades y Población Asignada por Redes de Salud según Intervención por Equipo AISPED. DIRESA Ayacucho - 2008	66
6	Número total de muestra por zonas de Intervención y por tipo de encuestado	67
7	Nº de profesionales por Equipo AISPED según grupo ocupacional. DIRESA Ayacucho.	73
8	Nº de Comunidades Intervenido por equipos AISPED, a nivel de Redes de Salud, según accesibilidad geográfica. DIRESA Ayacucho año 2009	74
9	Nº de Comunidades y Establecimientos de Salud Intervenido por Equipos AISPED a nivel de Redes y Microrredes. DIRESA Ayacucho año 2009.	74
10	Nº de Equipos AISPED por Redes de Salud. DIRESA Ayacucho año 2009.	75
11	Nº de meses de intervención de los Equipos de Atención a Poblaciones Excluidas y Dispersas - AISPED por año.	76
12	Extensión de uso e intensidad de uso de los equipos AISPED. DIRESA Ayacucho años 2008 -2009.	79
13	Costo promedio anual de los AISPED según escenario por específicas de gasto y escenario año 1999	81
14	Distribución Presupuestal Anual por Rubro de Gasto en el Escenario 1 Equipo AISPED. Año 1999.	82
15	Distribución Presupuestal Anual por rubro de Gasto en el Escenario 2 Equipo Locales Itinerantes de Trabajo Extramural en Salud - ELITES Año 1999	83
16	Sexo del jefe de Hogar por tipo de encuestado. DIRESA Ayacucho 2009 – 2010.	87
17	Edad del Entrevistado por tipo de encuestado. DIRESA Ayacucho. 2009 – 2010.	87
18	Distribución porcentual de los entrevistados por tipo de encuesta según nivel educativo. DIRESA Ayacucho 2009 – 2010.	88
19	Distribución porcentual de los Entrevistados por Redes de Salud según Nivel Educativo y Sexo. DIRESA Ayacucho 2009 – 2010.	88
20	Idioma del Entrevistado según tipo de encuesta. DIRESA Ayacucho 2009 – 2010.	89
21	Distribución porcentual del Número de Habitaciones por tipo de	90

Nº.		Pág.
	encuesta. DIRESA Ayacucho 2009 – 2010.	
22	Distribución porcentual del Número de Hijos Vivos por Familia Según tipo de encuesta. DIRESA Ayacucho 2009 – 2010.	90
23	Ocupación de los jefes de hogar por tipo de encuesta. DIRESA Ayacucho 2009-2010.	91
24	Distribución porcentual del ingreso promedio familiar. DIRESA Ayacucho 2009 - 2010	91
25	Distribución porcentual de Familias Beneficiarias de algún Programa Social, según tipo de encuesta. DIRESA Ayacucho 2009 – 2010	92
26	Distribución porcentual de Familias Beneficiarias de algún Tipo Programa Social, según tipo de encuesta. DIRESA Ayacucho 2009 – 2010.	93
27	Tipo de Seguro con el que cuenta los entrevistados o algún miembro de su familia según tipo de encuesta. DIRESA Ayacucho 2009 – 2010.	94
28	Medida del Impacto sobre Acceso a control prenatal, según diferencias porcentuales entre intervenidos y grupo control. DIRESA Ayacucho 2009 – 2010.	99
29	Medida del Impacto sobre Acceso a métodos de Planificación Familiar, según diferencias porcentuales entre intervenidos y grupo control. DIRESA Ayacucho 2009 – 2010.	102
30	Medida del Impacto sobre Acceso a Vacunación según Calendario, diferencias porcentuales entre intervenidos y grupo control. DIRESA Ayacucho 2009 – 2010.	105
31	Medida del Impacto sobre Acceso a control CRED según calendario, diferencias porcentuales entre intervenidos y grupo control. DIRESA Ayacucho 2009 – 2010.	107
32	Medida del Impacto sobre Acceso a la atención de salud en caso de IRA y EDA, según diferencias porcentuales entre intervenidos y grupo control. DIRESA Ayacucho 2009 – 2010.	109
33	Medida del Impacto sobre comportamientos saludables que practican los hogares, según diferencias porcentuales entre intervenidos y grupo control. DIRESA Ayacucho 2009 – 2010.	111
34	Medida del Impacto sobre tamizaje en salud mental, según diferencias porcentuales entre intervenidos y grupo control. DIRESA Ayacucho 2009 – 2010.	115
35	Resumen del Impacto sobre el Acceso a los Servicios de Salud de las Poblaciones Excluidas y Dispersas, según diferencias porcentuales.	117
36	Medida del Impacto sobre el estado de salud actual, según diferencias porcentuales entre intervenidos y grupo control. DIRESA Ayacucho 2009	119
37	Evaluación del impacto sobre la prevalencia de desnutrición en niños menores de 5 años en la Región Ayacucho.	122
38	Evaluación del impacto sobre la prevalencia de IRA en niños menores de 5 años en la Región Ayacucho.	124

Nº.		Pág.
39	Evaluación del impacto sobre la prevalencia de EDA en niños menores de 5 años en la Región Ayacucho.	125
40	Razón de Muerte Materna por Redes de Salud de la DIRESA Ayacucho. Año 2002 a 2009.	127
41	Resumen del Impacto sobre el Estado de Salud de de las Poblaciones Excluidas y Dispersas, según doble diferencia.	128
42	Porcentaje del costo promedio de intervención mensual de la Estrategia AISPED. Región Ayacucho año 2009.	129
43	Relación Costo – Impacto y jerarquización de las intervenciones de la Estrategia de AISPED en la Región Ayacucho.	131

INDICE DE GRAFICOS

Nº.		Pág.
1	Doble Diferencia ó Diferencia en Diferencias.	43
2	Sistema de PSES (planificación , seguimiento, evaluación y sistematización) y ciclo del Proyecto.	45
3	Tipos de indicadores	60

RESUMEN

Ante el problema de exclusión en salud de las poblaciones con difícil accesibilidad geográfica y en condiciones de pobreza y extrema pobreza, en la Región de Ayacucho, la Dirección Regional de Salud Ayacucho ha venido implementando la estrategia de Atención Integral de Salud a las Poblaciones Excluidas y Dispersas -AISPED, que está orientada a cubrir las brechas de atención en salud a estas poblaciones, garantizándoles una atención de salud oportuna, integral y de calidad; sin embargo no se cuenta con estudios de medición del impacto de la intervención que contribuya a la toma de decisiones relacionadas a fortalecer o reorientar dicha estrategia para el logro sus objetivos establecidos.

Por ello, el objetivo principal del presente estudio ha sido evaluar el impacto de la implementación de la estrategia de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas – AISPED, sobre el acceso a los servicios de salud y el estado de salud de la población, en la Región Ayacucho.

Así, el presente estudio ha permitido demostrar que la implementación de la estrategia de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas -AISPED, no ha logrado ampliar el acceso a los servicios de salud y mejorar el estado de salud de la población, debido a que los servicios de salud tienen limitaciones para brindar atención integral de salud, y a las barreras socioeconómicas y culturales de la población.

La investigación se desarrolló en el ámbito de las siete Redes de Salud de la Dirección Regional de Salud Ayacucho, en los Distritos con comunidades excluidas y dispersas. Responde al tipo de evaluaciones cuasi experimentales, es explicativo, en el cual se relacionan las variables de implementación de la estrategia de atención en salud en las poblaciones excluidas y dispersas, y su impacto en la población objetivo,

teniendo como unidad de análisis a los hogares, para lo cual se definieron variables e indicadores para la evaluación del impacto, y éste se realizó a través de los métodos de diferencia porcentual y doble diferencia.

Los impactos de la Estrategia de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas – AISPED en la Región Ayacucho, fueron diversas, encontrándose los impacto positivos más importantes en los indicadores del acceso al control prenatal (incremento de 5,4%), acceso a la vacunación según calendario (3,8%), control de Crecimiento y Desarrollo según calendario (14,9%), y práctica de comportamiento saludables (8%); mientras que los impacto negativos se encontró en los indicadores de planificación familiar (– 21,5%), tamizaje en salud mental (-9,5%), la desnutrición crónica (2,2%) y la percepción sobre el estado de salud actual (-37%), lo que determina que la implementación de la estrategia de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas - AISPED no ha logrado ampliar el acceso a los servicios de salud y mejorar el estado de salud de la población; siendo necesario reorientar el modelo de intervención de la Estrategia AISPED adecuada a la realidad regional y con el financiamiento que garantice la implementación de este modelo de forma continua y sostenible.

Ayacucho, marzo de 2011.

ABSTRACT

Because of the problem of health in a population with a difficult geographical accessibility, poverty and extreme poverty in Ayacucho, The Ayacucho Regional Main Direction of Health has been implementing the strategy of “Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas” – AISPED (a strategy of health care in the excluded and dispersed population) which is designed to cover gaps in health care to these populations by giving a timely, comprehensive and good quality health care, however there are not studies that can measure the impact of the intervention that contributes to take decisions, related to strengthen or refocus the strategy to achieve its stated objectives.

Therefore, the main objective of this study is to evaluate the impact of the implementation of the strategy of “Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas” – AISPED , about the access to health services and the health of the population, Ayacucho Region.

For that reason, this study has demonstrated that implementation of “Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas” – AISPED has failed its objective, which is to expand access to health services and improve the health of the population, because that health services are limited to provide comprehensive health care, and because of the socioeconomic and cultural barriers of the population.

The research was conducted in the seven Health Network Regional Health in Ayacucho, in all the districts with excluded and dispersed communities. So, this thesis answers a quasi-experimental type of assessment, it also uses a explained methodology, in which the implementation of the strategy in health care and excluded and dispersed populations and its impact on the target population is related to the impact of the target population. The unit of analysis were the households, for which variables and indicators were defined in order to evaluate the

impact assessment. This evaluation was done through the percentage difference and double difference methods.

The impacts of “Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas” – AISPED in Ayacucho Region, were diverse, being the most important findings, the impact on indicators of access to prenatal care (an increase of 5.4%), access to vaccination per schedule (3.8%), growth and development control per schedule (14.9%), and healthy behaviors practice (8%), while the negative impact was found in family planning indicators (- 21.5%), mental health screening (-9.5%), chronic malnutrition (2.2%) and perception of current health status (-37%), which determines that the “Atención Integral de Salud a las Poblaciones Excluidas y Dispersas” – AISPED couldn’t expand the access to health services and couldn’t improve the health of the target populations, being necessary to reorient the intervention model AISPED Strategy to the regional reality by the supporting that can guarantee the implementation of this model in a continuously and sustainable way.

Ayacucho, March 2011.

INTRODUCCION

La exclusión en salud es entendida como la falta de acceso de ciertos grupos o personas a bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan¹.

La compleja realidad peruana durante décadas ha limitado la posibilidad que un número considerable de pobladores del país, especialmente los residentes en las zonas alto andinas de la Región Ayacucho, pueda acceder a los servicios de salud ofertados por algún establecimiento de salud.

Ayacucho es una región que se caracteriza por altos índices de pobreza y extrema pobreza, analfabetismo, desnutrición, exclusión social y diversidad cultural. Asimismo se caracteriza por haber experimentado durante varios años un conflicto político social interno que trajo consecuencias psicosociales; todo ello se expresan en sus precarias condiciones de vida y salud.

Ante esta realidad, el Ministerio de Salud viene desarrollando en los últimos años un importante proceso de reforma en el sector encaminado a promover un cambio sustancial en la entrega de servicios de salud a la población a través de nuevos enfoques de la gestión de los establecimientos de salud. La descentralización de funciones y el mejoramiento de la calidad son los procesos más importantes para el primer nivel de atención a la salud, que significa, lograr mayores niveles de autonomía para que el personal de salud resuelva sus propios problemas de la manera más adecuada.

Actualmente el Gobierno Regional de Ayacucho ha establecido políticas públicas regionales mediante el Plan de Desarrollo Regional Concertado al 2024 que prioriza en materia de desarrollo social los problemas de la Desnutrición crónica, mortalidad materna y los problemas de salud mental;

¹ OPS Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe - 2003

todo ello en el marco del proceso de descentralización, en la que es necesario fortalecer los modelos regionales de atención de la salud enfocado especialmente a la integralidad y la promoción del mejoramiento de la calidad de vida, hecho que exige a los prestadores de salud buscar cubrir las expectativas de las necesidades de accesibilidad a una atención efectiva, oportuna y de calidad a la población y con un fuerte trabajo multisectorial.

La Dirección Regional de Salud Ayacucho, ha iniciado una serie de procesos orientados a lograr cambios sustanciales para mejorar la salud individual y colectiva con el propósito de aprovechar mejor las oportunidades presentes y hacer un uso eficiente de los recursos disponibles en los establecimientos de salud; para tal efecto se ha realizado la construcción participativa e implementación de un nuevo Modelo de Atención Integral de Salud, a fin de enfrentar a la pobreza y las inequidades en la salud de nuestras poblaciones con menores posibilidades; los principios de este modelo son la integralidad, inclusión sanitaria y la centralidad en la persona como derecho ciudadano, porque el derecho a la salud es reconocido y debe darse sin distinciones de ninguna clase.

Frente a las barreras económicas, geográficas y culturales que impiden el acceso de la población a los servicios de salud y siguiendo la línea de prioridades establecidas en los Lineamientos y Política Sectorial del 2002 al 2012, el Ministerio de Salud a través de las DIRESA Ayacucho ha implementado la Estrategia de Atención Integral de Salud a las Poblaciones Excluidas y Dispersas, la cual está orientada para cubrir las brechas de atención a las poblaciones con inaccesibilidad geográfica, pobre y de extrema pobreza que permita reducir las barreras de acceso a los servicios de salud y garantizar a estas poblaciones una atención oportuna, integral y de calidad, de acuerdo al Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), y mediante la extensión de los servicios de la oferta fija, es decir por la modalidad de la oferta móvil/flexible, específicamente a través de la intervención por equipos itinerantes de atención a poblaciones excluidas y dispersas.

La presente investigación, ha tomado en consideración el proceso de implementación de la Estrategia de Atención a Poblaciones Excluidas y Dispersas que inicialmente tuvo la denominación de Equipos Locales Itinerantes de Trabajo Extramural en Salud (ELITES), la misma que a partir del año 2005, cambia la denominación por Equipo de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED). El estudio recoge información de la interacción de los diferentes actores involucrado en el proceso.

Se ha ejecutado en el ámbito de las siete Redes de Salud de la Dirección Regional de Salud Ayacucho, para realizar un análisis del impacto de la estrategia de atención a poblaciones excluidas y dispersas, al no contar con información sobre la línea de base, se ha relacionado la información del grupo de intervención con un grupo control, cuya población tiene las mismas características en los diferentes aspectos; asimismo se ha complementado con información secundaria.

Se espera que los resultados de esta investigación, contribuyan a la toma de decisiones más adecuadas para fortalecer los aspectos positivos y reorientar los aspectos críticos hallados; asimismo definir un modelo de intervención más efectiva que permita incrementar las coberturas, mejorar el acceso a la oferta de servicios de salud y por ende mejorar el estado de salud, adecuando la entrega de los servicios de salud hacia los sectores más pobres de la Región Ayacucho.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Antecedentes.

El Ministerio de Salud del Perú a partir de 1994, propuso como parte de las líneas de acción la reactivación de los servicios de salud del primer nivel de atención enfatizando las acciones preventivo promocionales, teniendo como prioridad atender a las poblaciones de mayor pobreza y vulnerables.

Sin embargo, la meta de incrementar el acceso y la atención a las poblaciones priorizadas no ha sido cumplida en un 100% por una serie de factores como la falta de recursos económicos de la población, la lejanía de los establecimientos de salud, la inexistencia de servicios básicos de salud en las zonas de residencia de la población rural, o por la gran brecha generada por las diferencias culturales entre el prestador y el beneficiario.

Bajo este contexto surgió la estrategia de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas - AISPED, como una respuesta concertada y fortalecida de los diferentes estamentos institucionales y muy especialmente de la red prestadora de servicios, encargando en 1998 al Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG) del Ministerio de Salud (MINSA) la implementación de la estrategia que consiste en el desplazamiento de la oferta a través de Brigadas o Equipos hacia la población con características de alta dispersión y considerados excluidos geográfica y económicamente, con el propósito de incrementar el acceso de la población a los servicios de

salud y promoviendo una entrega de servicios de salud con equidad y calidad.

En 1998, el Ministerio de Salud del Perú - MINSA inició de manera organizada el desarrollo de la atención de la salud itinerante priorizando las poblaciones excluidas de los servicios de salud públicos regulares, entregando un paquete básico e integral de atenciones de salud a las poblaciones más necesitadas; estas deberían ser entregadas de manera extramural, en la comunidad o caserío; esta modalidad se denominó Modelo de Atención para Zonas de Alta Dispersión Poblacional y el medio utilizado para el acercamiento y entrega del servicio de salud fue a través de los Equipos Locales Itinerantes de Trabajo Extramural en Salud (ELITES).

El desarrollo del modelo para la atención integral de salud a las poblaciones excluidas y dispersas, tiene dos periodos, el primero tuvo las fases de implementación, consolidación y expansión y abarcó desde el año 1999 al 2004, las fases del primer periodo, se describe a continuación:

- **La fase de implementación**, a partir de 1998 se pone en marcha el modelo de atención a nivel nacional. En el año 1999 se inicia la implementación en la Región Ayacucho a manera de piloto en dos redes de salud, en esta fase se consolidaron los aspectos técnicos y teóricos, reafirmó que a la identificación y focalización de la población excluida y dispersa como el aspecto mas significativo e importante, soluciona los problemas en los aspectos logísticos y financieros para el correcto funcionamiento del modelo.
- **La fase de consolidación**, se inició posterior a la evaluación de las experiencias pilotos, aproximadamente en el año 2001, con la participación de los integrantes de los equipos AISPED y de gestión de la DIRESA, además del equipo normativo del nivel central; esta fase esta caracterizada por la incorporación de un número mayor de Redes, pasando a un número mayor de equipos AISPED, con lo que se promovió la mejora el acceso de la población excluida y dispersa en las zonas alto andinas y amazónicas beneficiaria.

- **La fase de expansión,** Fue denominada y diferenciada como una estrategia con el nombre de “oferta móvil”; se inició después de la evaluación de los aspectos técnicos acerca del modelo de atención comprende los años del 2002 al 2005 aproximadamente. Se caracterizó por la organización, desarrollo y sistematización del modelo, reforzando las líneas de monitoreo y supervisión, desarrollo y cumplimiento de los lineamientos de salud adoptados y consolidación del modelo como estrategia de intervención a estas poblaciones; es la fase de la institucionalización de la modalidad de atención de salud itinerante como estrategia de acercamiento de los servicios de salud y presencia del Estado en las comunidades excluidas y dispersas del país.

Cabe señalar que en este periodo, a nivel regional y local, se ha desarrollado propuesta de fortalecimiento de la estrategia de atención a poblaciones excluidas y dispersas a través de adecuaciones normativa regionales que luego sirvió al nivel nacional como referente para la formulación e implementación de la Norma Técnica de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED).

El segundo periodo, caracterizado por el cambio del nombre de Modelo de Atención para Zonas de Alta Dispersión Poblacional bajo la denominación de “Equipos Locales Itinerantes de Trabajo Extramural en Salud” (ELITES), por la de “Atención Integral de Salud para Poblaciones Excluidas y Dispersas” (AISPED), reconocido a través de la Norma Técnica N° 028-MINSA/DGSP-V.01 aprobada por RM 437-2005; busca la institucionalización definitiva del modelo de atención de salud itinerante y constituirlo como un componente del MINSA aceptado y reclamado por las poblaciones que se encuentran totalmente excluidas de los servicios de salud; mejorar la intervención de los equipos, hacer más costo efectivo la modalidad y cambiar de nombre por uno que permita el ingreso del equipo con mayor facilidad en las poblaciones que hasta la fecha no han tenido contacto alguno con ellos, el nombre fue “Equipo AISPED”, el mismo que a la fecha se encuentra vigente.

1.2. Situación problemática

El estado de vida y salud de la población ayacuchana es en términos generales marcadamente insatisfactorio, condición que se acentúa mucho más por las brechas de desarrollo y condiciones de vida entre el mundo urbano y rural. Diversos análisis ponen en evidencia esta deficitaria situación, pese a los esfuerzos realizados durante las últimas décadas, ello se refleja en los altos índices de desnutrición crónica, mortalidad materna y los problemas de salud mental.

Según el Instituto de Estadística e Informática², en el departamento de Ayacucho aproximadamente el 64.8 % de su población vive en condición de pobreza, con gastos inferiores al costo de una canasta básica de consumo; en cuanto a pobreza extrema se encuentra en el segundo grupo de departamentos que están en extrema pobreza, junto a los departamentos de Apurímac, Pasco, Huanuco, Cusco y Puno; cuyo rango se encuentra entre 27,4% y 33,3%, estos son hogares cuyo gasto total está por debajo del valor de una canasta básica de alimentos. Actualmente Ayacucho ocupa el tercer lugar en pobreza a nivel nacional después de Huancavelica y Apurímac.

Aproximadamente el 16% de la población ayacuchana nunca ha recibido una atención en salud, esto significaría que aproximadamente 44,036 habitantes se encuentran totalmente excluidos de la atención sanitaria, esta situación se acentúa en comunidades de mayor lejanía y dispersas. La capacidad de respuesta del sistema de salud es valiosa pero aún limitada, existiendo brechas entre zonas y grupos que se refleja en falta de atención integral de salud con calidad y equidad. La población Ayacuchana tiene características y necesidades diversas que se expresan en: la débil gestión en su desarrollo, pasividad en el autocuidado de su salud; expresándose con altas tasas de Morbi-

² INEI - Informe Técnico: Situación de la Pobreza en el 2008.

mortalidad por causas evitables, alta tendencia a la atención recuperativa y con condiciones de salud deficientes.

El modelo de Atención de Salud anterior, tiene como una de sus características básicas que son excluyentes del acceso a la atención de salud en sus diferentes dimensiones geográfica, económica, social, étnico-cultural y organizacional, de una mayoría poblacional acentuado por la dispersión en las áreas rurales al grado de configurar una situación de exclusión de la atención sanitaria.

El Modelo de Atención Integral de salud que actualmente viene desarrollando la DIRESA Ayacucho se orienta a la búsqueda de solución de los problemas sanitarios enmarcados en sus principios de inclusión sanitaria, integralidad de la atención y derechos centrado en la persona, en ese sentido, busca traducirse en una reforma de los Programas de Atención de Salud por etapas de vida que enfatiza la intervención sobre grupos poblacionales más vulnerables y a través del abordaje de la prioridades sanitarias regionales: desnutrición, mortalidad materna y salud mental.

Es en ese contexto que se ha implementado desde el año 1999 la Estrategia de Atención Integral de Salud a las Poblaciones Excluidas y Dispersas AISPED, la cual está orientada para cubrir las brechas de atención a las poblaciones con inaccesibilidad geográfica, pobre y de extrema pobreza que permita reducir las barreras de acceso a los servicios de salud y garantizar a estas poblaciones una atención oportuna, integral y de calidad, de acuerdo al Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), y mediante la extensión de los servicios de la oferta fija, es decir por la modalidad de la oferta móvil/flexible, específicamente a través de la estrategia de un equipo itinerante.

Sin embargo hasta la actualidad no se ha realizado el análisis de la planificación, la ejecución y el impacto o los efectos de la implementación de la Estrategia de Atención Integral en Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas - AISPED en relación con los objetivos propuestos y los recursos movilizadas, el mismo que deberá servir de guía para promover la comprensión de los fenómenos implicados y la toma adecuada de decisiones para fortalecer o

reorientar las intervenciones en materia de políticas, estrategias y actividades operativas dirigidas a solucionar los problemas de salud prioritarios de la Región Ayacucho.

Finalmente, tomando en cuenta lo señalado en los párrafos anteriores, establecemos como problema el hecho de que la Dirección Regional de Salud Ayacucho, ha implementado una Estrategia de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas – AISPED, para mejorar el acceso de la población excluida y dispersa, y el estado de salud de dichas poblaciones; **sin embargo aún existen limitaciones en el acceso a los servicios de salud y el estado de salud de las poblaciones excluidas y dispersas de la Región Ayacucho, continúa siendo insatisfactorio, debido a los altos índices de desnutrición crónica, mortalidad materna y problemas de salud mental; esto se empeora por su condición de ser rural, dispersas y excluidas, por la inaccesibilidad geográfica y extrema pobreza; asimismo se carece de estudios de impacto que permita tomar decisiones para mejorar los resultados de la estrategia de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas.**

1.3. Formulación del problema

¿En qué medida, la implementación de la estrategia de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas - AISPED, ha logrado ampliar el acceso a los servicios de salud y mejorar el estado de salud de la población de las comunidades excluidas y dispersas de la Región Ayacucho?

1.4. Sistematización del problema

¿De qué manera, los servicios de salud con limitaciones para brindar atención integral de salud y las barreras socioeconómicas y

culturales, influyen en el limitado acceso de la población excluida y dispersa a los servicios de salud en la Región Ayacucho?

¿En qué medida, la estrategia de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas – AISPED, ha logrado ampliar el acceso y mejorar el estado de salud de la población con énfasis en las prioridades sanitarias regionales?

¿Es posible identificar cambios en el acceso de la población a los servicios de salud y el estado de salud de la población atribuibles a la Estrategia AISPED?

¿Cuáles son las estrategias para fortalecer o para reorientar las intervenciones en materia de políticas y actividades operativas dirigidas a solucionar los problemas de salud prioritarios de las Poblaciones Excluidas y Dispersas de la Región Ayacucho?

1.5. Justificación.

Durante décadas, la compleja realidad peruana ha limitado la posibilidad que un número considerable de pobladores del país, especialmente los residentes en las zonas alto andinas de la Región Ayacucho, tenga limitaciones para acceder a los servicios de salud.

Es así que en el año 1997, según la encuesta ENAHO, el 56.7% de la población en extrema pobreza que se enferman, no recibía ningún tipo de atención, que en el departamento de Ayacucho esto significaría que 44,036 habitantes no recibía ningún beneficio de los servicios de salud, es decir no accedían a atención sanitaria.

Las causas de esta falta de atención son diversas, entre ellas se atribuyen a la escasez de recursos económicos de la población (62%), al deseo de no recibir atención (13.8%), a problemas de accesibilidad y disponibilidad de servicios de salud (9.4%) y a otras causas (17.8%), otro problema es la baja demanda de atención en estas áreas, por problemas de accesibilidad y baja calidad de los servicios³.

³ PACD, Línea de Base, Ayacucho, Junio 2001

Frente a esta realidad, los esfuerzos del sector salud para mejorar el acceso de la población a los servicios de salud, continúan siendo incipientes, por lo que se requiere de la articulación de los esfuerzos entre las instancias que forman parte del sector salud y como eje fundamental la incorporación de la población organizada para exigir la presencia de salud en sus áreas locales.

El Ministerio de Salud ha establecido un marco normativo para el accionar de los prestadores, sin embargo existen algunos temas pendientes que deben ser incorporados en la agenda sanitaria de los próximos años, tales como el aseguramiento universal y el fortalecimiento de la oferta de servicios de salud prioritariamente el primer nivel de atención.

La estrategia de atención de salud a poblaciones excluidas y dispersas, buscan reducir las brechas de inequidad y acercar los servicios de salud a las poblaciones con menores recursos y posibilidades de crecimiento y se constituyen en una alternativa de prestación en aquellas zonas que no ameritan la construcción de un establecimiento de salud, pero que sin embargo, requieren la atención permanente y sostenible en aspectos de salud, debido a los riesgos y necesidades existentes.

Hasta la actualidad, tanto a nivel nacional, por ende en la Región Ayacucho no se conocen trabajos que midan la eficacia de intervención de estas estrategias y dimensionar su impacto tanto en la oferta como en la demanda, que permita promover la comprensión de los fenómenos implicados y la toma adecuada de decisiones para fortalecer o reorientar las intervenciones en materia de políticas y actividades operativas dirigidas a solucionar el problema de la exclusión sanitaria en la Región Ayacucho.

1.6. Objetivos

1.6.1. *Objetivo General*

Evaluar el impacto de la implementación de la estrategia de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED),

sobre el acceso a los servicios de salud y el estado de salud de la población, en la Región Ayacucho.

1.6.2. *Objetivos Específicos*

- Medir el impacto del acceso a los servicios de salud y el estado de salud en la población de las comunidades excluidas y dispersas de la Región Ayacucho.
- Identificar y analizar las características de la oferta y la demanda de la estrategia de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas de la Región Ayacucho.
- Realizar el análisis y discusión de la evaluación de impacto del acceso a los servicios de salud y el estado de salud de la población de las comunidades excluidas y dispersas.
- Establecer estrategias y/o recomendaciones para fortalecer o reorientar las intervenciones en materia de políticas y actividades operativas dirigidas a solucionar los problemas de salud prioritarios de las Poblaciones Excluidas y Dispersas de la Región Ayacucho.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. Exclusión Social.

Situación en la que determinados sectores sociales se ven impedidos de acceder a condiciones de vida que les permitan satisfacer sus necesidades esenciales, contar con servicios básicos y participar en el desarrollo de la sociedad en la que viven en igualdad de condiciones respecto de los demás miembros⁴.

2.1.1. *Exclusión social en salud*

Situación en la que la sociedad en general, a través de los poderes públicos, no garantiza que un individuo —o un grupo de individuos— satisfaga sus necesidades de salud accediendo a los servicios de alguno de los subsistemas de salud existentes en forma oportuna y de manera adecuada, sin importar su capacidad de pago. Es importante hacer notar que la definición no sólo se refiere a garantizar el acceso, sino también a la calidad y oportunidad de la atención. La exclusión en salud se expresa en brechas de cobertura; es decir, en el porcentaje de la población que, por diversos motivos, queda fuera del ámbito de acción del sistema.

2.1.2. *Poblaciones excluidas de la atención sanitaria*

Para la atención de salud, la norma considera que las poblaciones excluidas y dispersas, a las cuales les resulta difícil acceder debido a las características geográficas del lugar en el que viven, son las que

⁴ Maroni Consultores SAC. Políticas para eliminar las barreras geográficas en salud. Lima 2007

se encuentran a más de tres horas del establecimiento de salud más cercano por el medio más usual de transporte⁵. Este criterio abarca sobre todo a los pueblos indígenas, las comunidades campesinas andinas y las comunidades de habitantes desplazados por problemas de violencia social, repoblamiento o relacionados con los lugares fronterizos. Comprende a la totalidad de sus habitantes en las diferentes etapas de sus vidas.

2.1.3. Barreras geográficas en salud

Según la norma técnica 028 MINSA/DGSP V.01, Norma Técnica de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas del año 2005, se define como la situación que afecta a aquellas poblaciones que se encuentran a más de tres horas del establecimiento de salud más cercano por el medio de transporte más usual en la zona. Asimismo, se considera excluidas geográficamente a aquellas poblaciones que por su ubicación inaccesible, están a una distancia de más de un día de un establecimiento de referencia de mayor capacidad resolutive que el establecimiento donde se inicia la atención. Ejemplo: un puesto de salud con un solo técnico sanitario ubicado a más de un día de un centro de salud de la microrred.

2.2. Modelo de Atención en Salud

2.2.1. Modelo

Es un instrumento metodológico de representación de la realidad, es decir, una interpretación de la misma, y de la forma como las personas actúan en ella. Por ello, un modelo supone una “mirada” sobre la realidad a la vez que una forma de abordar las prácticas sociales⁶.

2.2.2. Modelo de Atención en Salud

⁵ Ministerio de Salud. N.T. N° 028 MINSA/DGSP V.01. Norma Técnica de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 437 – 2005/MINSA.

⁶ Documento: “La Salud Integral: Compromiso de Todos – El Modelo de Atención Integral de Salud”, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 729-2003 SA/DM.

Todo modelo de atención de salud encarna el marco conceptual de referencia que define el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que, operando coherentemente, garantizan la atención a la persona, la familia y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud (necesidades reales que son percibidas o no por la población).

Los modelos de atención son elementos claves de las políticas sanitarias. El sistema de salud, en función a los modelos vigentes, debe lograr los resultados esperados. Estos modelos orientan y dan consistencia a otras políticas, tales como las políticas de recursos humanos, de tecnología y de financiamiento, entre otras.

A lo largo de la historia de la salud pública se han sucedido diversos modelos de atención, los cuales luego de un periodo de gran efectividad inevitablemente muestran señales de agotamiento y requieren su cambio por nuevos modelos más acordes con la realidad.

2.2.3. *Programas de Atención Integral de Salud por Etapas de la Vida (PAIS)*

Estos programas norman los procesos de atención y cuidado de la salud de las personas, definiendo los contenidos de las intervenciones necesarias para que una persona considere protegida su salud, contribuyendo al resultado sanitario de obtener personas, familias y comunidades saludables. La normatividad de estos procesos se concreta mediante los cuidados esenciales, que permiten el abordaje integral de las necesidades de salud de las personas en las diferentes etapas de la vida:

- Programa de Atención Integral de Salud del Niño, que comprende desde la fecundación hasta los 9 años.
- Programa de Atención Integral de Salud del Adolescente, que comprende desde los 10 hasta los 19 años.
- Programa de Atención Integral de Salud del Adulto, que comprende desde los 20 hasta los 64 años.
- Programa de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor, que comprende desde los 65 años a más.

2.2.4. *Modelo de Atención Integral de Salud Ayacucho.*

El Modelo de Atención, es concebido como un “instrumento metodológico de representación de la realidad de aquellas prácticas sociales en salud dirigidas a las personas, colectividades y al ambiente⁷”.

El Modelo de Atención Integral de Salud Ayacucho, privilegia la concepción de salud y desarrollo, que implica un proceso de ampliación de oportunidades para disfrutar de una vida prolongada y saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida digno. Por lo tanto la salud ligada al Desarrollo Humano es la satisfacción de las necesidades de la comunidad hasta llegar a la autorrealización de las personas y colectividad. Para lo cual es importante la institucionalización de nuevas prácticas sanitarias como respuesta significativa a la salud de la población de la región ayacuchana.

Las practicas tendientes a reorientar el Modelo de Atención en Ayacucho, están orientadas por los principios y valores de los actores sociales y sanitarios; estos son: la inclusión sanitaria y universalización de la atención de salud, integralidad de la atención y la centralidad en la persona en tanto el ciudadano ejerce el derecho a la atención con calidad en el marco de la diversidad cultural.

2.3. *Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas AISPED.*

Es una estrategia que tiene como finalidad brindar una atención de salud integral y de calidad, a través de un equipo itinerante, a las personas en las diferentes etapas de vida y a las familias de las comunidades consideradas excluidas⁸ y dispersas en cada ámbito

⁷ Modelo de Atención en Salud Ayacucho, aprobado mediante Resolución Directoral N° 0445-2004 GR-AYAC/DRS-OP.

⁸ Según la NTS N° 081-MINSA/DGSP V.01, actualmente vigente; se considera Poblaciones excluidas de los servicios de salud, a aquellas poblaciones rurales consideradas como pobres y muy pobres, ubicadas en los centros poblados, comunidades nativas y campesinas, caseríos y localidades distantes

Regional, contribuyendo a la disminución de la inequidad de la atención.

El ámbito de intervención son las poblaciones **excluidas y dispersas** de zonas de difícil acceso geográfico en el territorio nacional, prioritariamente las que se encuentran a más de 4 horas del establecimiento de salud de mayor cercanía, por el medio más usual de transporte. Estarán comprendidos mayormente los pueblos indígenas, comunidades campesinas andinas, comunidades de habitantes desplazados por problemas de violencia social, de repoblamiento, de lugares fronterizos, abarcando al total de sus habitantes en las diferentes etapas de vida.

2.3.1. Equipo Itinerante de Salud.

Es el conjunto de recursos humanos, conformado por el personal profesional y técnico nombrado o contratado de la Red; o según el caso lo requiera se complementará con personal de salud de otras instituciones del ámbito, EsSalud, Fuerzas Armadas, Policía Nacional, privados, para brindar el Paquete de Atención Integral de Salud a las Poblaciones Excluidas y Dispersas, mediante la modalidad de la oferta flexible, es decir a través de la movilización estratégica de este equipo de manera periódica y sistematizada hacia estas poblaciones. La denominación que se adoptará, es Equipo Itinerante de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (Equipo AISPED), la cual contará con un código correspondiente. La conformación de este equipo, estará de acuerdo a las necesidades de la población y recursos disponibles en la Red.⁹

2.3.2. Implementación de la Estrategia de Atención Integral en Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas.

En Junio de 1998, se dio inicio a la aplicación de la experiencia de brindar atención de salud itinerante a las poblaciones altamente

entre sí, que se encuentran a más de 04 horas de los servicios de salud o que esporádicamente han recibido la atención por un personal de salud.

⁹ Ministerio de Salud. N.T. N° 028 MINSA/DGSP V.01. Norma Técnica de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 437 – 2005/MINSA.

dispersas o con escaso acceso de los servicios de salud del MINSA, en la Región Ayacucho la implementación se inició al año siguiente, bajo el objetivo de brindar atención de salud itinerante de acuerdo al perfil epidemiológico de las poblaciones con alta dispersión poblacional, a través de los equipos locales itinerantes de trabajo extramural en salud (ELITES), fortaleciendo las redes de servicios de salud básicos y el sistema de vigilancia epidemiológica¹⁰.

La norma técnica actual, está orientada a regular los procesos y procedimiento técnicos – administrativos que permitan proporcionar una atención integral de salud a la población que habita en localidades consideradas excluidas y dispersas, mediante equipos AISPED, que trabaja en forma complementaria con la Red de Servicios Públicos, aplicando un enfoque de riesgo, equidad de género e interculturalidad de salud con la participación de los Gobiernos Regionales y Locales¹¹; la norma identifica los siguientes componentes:

- a. Componente de Gestión.** La gestión se realiza en todos los niveles organizativos del Ministerio de Salud, desde el nivel nacional que regula y normaliza el proceso de atención hasta el nivel correspondiente, para obtener los objetivos propuestos y una adecuada y oportuna toma de decisiones en base a una planificación, ejecución y control de la intervención, según el rol y competencias de cada nivel¹².
- b. Componente de organización.** Es el ordenamiento secuencial y coordinado de las acciones de salud de los Equipos AISPED, en base a la programación de sus actividades. Prevé recursos y los aspectos técnico-administrativos y legales para la implementación

¹⁰ Programa de Administración de Acuerdos de Gestión – Salud Básica Para Todos - Administración Compartida. Modelo de Atención para Zonas de Alta Dispersión Poblacional: “Equipos locales itinerantes de salud una estrategia de intervención en desarrollo para poblaciones dispersas del Perú” Lima – Perú 1999.

¹¹ Norma Técnica de Salud de los Equipos de Atención Integral de Salud a las Poblaciones Excluidas y Dispersas. NTS N° 081 – MINSA/DGSP V.01. Lima Perú. Año 2009.

¹² Ministerio de Salud. N.T. N° 028 MINSA/DGSP V.01. Norma Técnica de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 437 – 2005/MINSA.

y operatividad de la intervención. La Atención Integral de Salud se realiza a través del equipo AISPED así como cualquier otro mecanismo de prestación para las poblaciones identificadas y priorizada sin acceso a los servicios de salud, según las circunstancias o situación de salud que se presenten¹³.

c. Componente de prestación. La prestación del servicio de atención de salud itinerante es entregada por el equipo de AISPED.

En este componente se desarrollo un conjunto de acciones y flujos de atenciones en el marco del MAIS, que incluye la atención básica y especializada con enfoque de riesgo e interculturalidad, a fin de atender las necesidades de salud previamente identificadas para ser abordadas de manera integral y brindando los cuidados esenciales que están organizados en Paquetes de Atención Integral de Salud. En casos de necesidad de atención de salud mental o de brotes epidémicos u otras situaciones de salud (Desastres naturales o antropogénicos), se brindará la atención que se requiera o según amerite de acuerdo a la normatividad vigente. En este componente se ha considerado tres momentos para el desarrollo de las actividades: Antes, durante y después.

d. Componente de financiamiento. El componente de financiamiento está referido a la fuente, asignación, transferencias, ejecución y rendición de los recursos financieros necesarios, para cubrir los costos de la AISPED. Entre los antecedentes de las fuentes de financiamiento tenemos el Seguro Integral de Salud (SIS), el Programa de Acuerdos de Gestión (PAAG), JUNTOS, Recursos Ordinarios (RO), Comunidad Europea (CE) y otras menores. Actualmente, el financiamiento proviene del MEF de manera directa a los gobiernos regionales, proceso que se ha realizado previa modificación, adecuación de la normatividad complementaria y conveniente.

¹³ Ibídem.

2.4. Aseguramiento Universal en Salud

El Aseguramiento Universal es el derecho a la atención en salud con calidad y en forma oportuna que tiene toda la población residente en el territorio nacional desde su nacimiento hasta su muerte.

En abril de 2009 se promulgó la Ley N.º 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, cuya implementación viene desarrollándose de manera gradual tanto en el número de asegurados como de cobertura de beneficios y de garantías explícitas. Primero se inició en nueve zonas piloto de las provincias o distritos más pobres del Perú, para lo cual el Estado viene realizando cambios presupuestales que permitan su ejecución¹⁴.

2.4.1. Estrategias del Aseguramiento

Para el logro de los objetivos de política del AUS, se requiere la definición de estrategias efectivas que permitan, tanto extender la cobertura de asegurados y la cobertura de beneficios, así como garantizar la calidad de la atención. Ampliar la cobertura de asegurados significa ampliar el porcentaje de la población que tiene acceso efectivo a los servicios de calidad y protección financiera; ampliar la cobertura de beneficios se refiere a expandir gradualmente los beneficios del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS); y, mejorar la calidad de atención significa la expansión gradual de las garantías explícitas, que actualmente se refieren a aspectos materno – infantiles, pero en los años siguientes se ampliarán a otras condiciones del PEAS.

La expansión de los beneficios del aseguramiento se sustenta en reformas del sector tales como mejorar el plan de beneficios, la definición de mecanismos de financiamiento y mecanismos de pago modernos, mejor focalización de los subsidios y la regulación del aseguramiento por el Estado.

2.4.2. De la Gradualidad de la Implementación.

¹⁴ Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2009; 26(2): 243-47. El Aseguramiento Universal en el Perú: La Reforma del Financiamiento de la Salud en Perspectiva de Derechos. Marco Barboza – Tello. Basado en la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

Un aspecto limitante en el corto plazo para la implementación del aseguramiento universal es la poca disponibilidad de recursos humanos, infraestructura y equipamiento, para garantizar la prestación de los servicios contemplados en el Plan de Aseguramiento Universal de acuerdo con los estándares definidos.

Asimismo, el SIS no cuenta con los recursos financieros requeridos para financiar la atención de toda la población en situación de pobreza. En este contexto, se plantea implementar gradualmente la política de aseguramiento universal en los siguientes términos.

Extensión gradual de los asegurados, que implica iniciar la implementación, en el 2009, en nueve zonas piloto: región Apurímac, región Huancavelica, región Lambayeque, ocho distritos de la provincia de Huamachuco (La Libertad), distrito de Salas (Lambayeque), cinco distritos del Bajo Piura, seis distritos de la Mancomunidad del Bajo Huallaga (San Martín); asimismo, se incluyen tres distritos de la Convención (Cusco) y tres distritos de Satipo (Junín) correspondientes a la zona de los valles de los ríos Apurímac y Ene (VRAE).

Extensión gradual de la cobertura de beneficios, que implica ir ampliando los contenidos del PEAS en el tiempo.

El plan de inicio cubre 140 condiciones asegurables que representan el 65% de la carga de enfermedad, previéndose su extensión a 185 en el 2012.

Extensión gradual de las garantías explícitas, que implica ir ampliando el número de condiciones asegurables del PEAS con garantías explícitas. Se prevé iniciar la implementación garantizando 34 condiciones asegurables, principalmente asociada con las condiciones obstétricas, ginecológicas y pediátricas.

En el 2011 se elevaría a 60 condiciones asegurables y así sucesivamente.

2.5. Impacto

El término impacto, de acuerdo con el *Diccionario de uso del español* proviene de la voz “ *impactus* ”, del latín tardío y significa, en su tercera acepción, “impresión o efecto muy intensos dejados en alguien o en algo por cualquier acción o suceso”¹⁵.

Así, el término “impacto”, como expresión del efecto de una acción, se comenzó a utilizar en las investigaciones y otros trabajos sobre el medio ambiente. Se puede citar, a modo de ilustración, la definición de impacto ambiental que ofrece *Lago*, donde plantea que “... se dice que hay impacto ambiental cuando una acción o actividad produce una alteración, favorable o desfavorable en el medio o algunos de los componentes del medio.” Y, más adelante, afirma que: “El impacto de un proyecto sobre el medio ambiente es la diferencia entre la situación del medio ambiente futuro modificado, como se manifestaría como consecuencia de la realización del proyecto, y la situación del medio ambiente futuro como habría evolucionado sin la realización del proyecto, es decir, la alteración neta -positiva o negativa en la calidad de vida del ser humano- resultante de una actuación”.¹⁶

2.5.1. Impacto social

El impacto de un proyecto o programa social es la magnitud cuantitativa del cambio en el problema de la población objetivo como resultado de la entrega de productos (bienes o servicios). A diferencia de otros expertos, estos autores enfatizan solamente en la información cuantitativa, sin considerar los cambios cualitativos que también pueden indicar la existencia de impactos.¹⁷

El impacto es la consecuencia de los efectos de un proyecto. Los impactos y efectos se refieren a las consecuencias planeadas o no

¹⁵ Moliner, M. *Diccionario de uso del español*. Madrid: Gredos: 1988.

¹⁶ Lago Pérez L. *Metodología general para la evaluación de impacto ambiental de proyectos*. 1997.

¹⁷ Cohen E; Martínez R. *Manual de formulación, evaluación y monitoreo de proyectos sociales*. 2002.

previstas de un determinado proyecto; para ellos, los efectos generalmente se relacionan con el propósito mientras que los impactos se refieren al fin.¹⁸

En las definiciones expuestas anteriormente, puede observarse que tienen varios elementos en común, entre estos, la relación causa-efecto entre la aplicación de un determinado proyecto o programa y el impacto causado, los resultados de dicho proyecto presentes a mediano y largo plazo, los cambios verificados en los grupos o comunidades, así como de qué manera se producen los cambios, es decir, se consideran los efectos previstos o no, negativos o positivos, así como el factor tiempo en la duración de los efectos de una acción. Entre los elementos que distinguen un concepto de otro pueden citarse el efecto multiplicador, expuesto por *Barreiro Noa*, que se refiere al impacto de un proyecto en grupos no previstos, así como la diferencia que establecen *Cohen y Franco* entre los efectos e impactos relacionados con los objetivos y las metas. En general, todas las definiciones se refieren al impacto como cambios producidos en algo, sea el medio ambiente, los procesos o productos o algún grupo poblacional, debido a una determinada acción.

2.6. Concepto de evaluación.

Varios autores están de acuerdo en manifestar que es un proceso que posibilita el conocimiento de los efectos de un proyecto o programa en relación con las metas propuestas y los recursos movilizados. *Tyler* considera que la evaluación es el proceso mediante el cual se determina hasta qué punto se alcanzaron las metas propuestas. En el modelo de evaluación que propone este autor, se consideran las intenciones del programa, las metas y objetivos de comportamiento y los procedimientos que son necesarios poner en práctica para realizarlo con éxito.

¹⁸ Proyecto SEA. Comisión Técnica. Fase de rendición de cuentas. Versión Preliminar. 2001

Por su parte, *Suchman* define la evaluación como el proceso para juzgar el mérito de alguna actividad y de esa manera, conocer los procesos aplicados y las estrategias, que permiten su comprensión y redefinición, en el caso de que ésta última sea necesaria. De acuerdo con *Suchman*, el objetivo principal de la evaluación es descubrir la efectividad de un programa y para esto, se toma como base de comparación sus objetivos, a la luz de la relación entre los objetivos y sus presuposiciones.

Stufflebeam define la evaluación como "... el proceso de identificar, obtener y proporcionar información útil y descriptiva sobre el valor y el mérito de las metas; la planificación, la realización y el impacto de un objeto determinado, con el fin de servir de guía para la toma de decisiones; solucionar los problemas de responsabilidad y promover la comprensión de los fenómenos implicados. Así, los aspectos claves del objeto que deben valorarse incluyen sus metas, su planificación, su realización y su impacto"¹⁹.

La Asociación Internacional de Evaluación de Impacto ofrece, en los *Principios Internacionales de la Evaluación del Impacto*, una definición que engloba los conceptos antes citados, en la que se consigna que "...La evaluación del impacto social (EIS) comprende los procesos de análisis, seguimiento y gestión de las consecuencias sociales, voluntarias e involuntarias, tanto positivas como negativas, de las intervenciones planeadas (políticas, programas, planes, proyectos), así como cualquier proceso de cambio social, invocado por dichas intervenciones..." (*Abreu Pérez Y, Plasencia Molina M. La lectura en reclusos del Centro Penitenciario Provincial de Sancti Spíritus. 2004. Observaciones no publicadas*). Esta definición es más abarcadora por cuanto refleja todos los cambios que puede producir una acción en un determinado grupo social.

¹⁹ Stufflebeam DL, Shinkfied AJ. Evaluación sistemática: guía teórica y práctica. Barcelona: Paidós; 1993.

Finalmente, evaluar constituye un proceso sistemático, metódico y neutral que hace posible el conocimiento de los efectos de un programa, relacionándolos con las metas propuestas y los recursos movilizados. Asimismo y siguiendo a Stufflebeam, se podría decir que la evaluación es un proceso que facilita la identificación, la recolección y la interpretación de informaciones útiles a los encargados de tomar decisiones y a los responsables de la ejecución y gestión de los programas.

2.7. Evaluación de Impacto.

El Banco Mundial²⁰ señala que la evaluación del impacto tiene el objeto de determinar en forma más general si el programa produjo los efectos deseados en las personas, hogares e instituciones y si esos efectos son atribuibles a la intervención del programa. Las evaluaciones de impacto también permiten examinar consecuencias no previstas en los beneficiarios, ya sean positivas o negativas. Por tanto el objetivo de la evaluación de impactos es contar con información y medios que permitan evaluar y contrastar los costos y los beneficios generados a partir del programa o proyecto; y tener una medida objetiva del valor social y económico generado en el ámbito de influencia del proyecto.

Los estándares internacionales para la ejecución de proyectos tanto públicos como privados, señalan la necesidad de contar con un esquema formal de evaluación de los impactos y efectos sobre la población beneficiaria y/o el ámbito o sector de intervención.

La evaluación de impacto hace énfasis en la medición de la magnitud de los cambios generados y su causalidad con los componentes de las intervenciones. Navarro²¹ indica que las políticas, programas y proyectos corresponden a las causas de un problema identificado, y

²⁰ Banco Mundial: Evaluación del impacto de los proyectos de desarrollo en la pobreza. Manual para profesionales. Judy L. Baker. Washington 2000.

²¹ Navarro, Hugo (2005). "Manual para la evaluación de impacto de proyectos y programas de lucha contra la pobreza". Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES). CEPAL. Serie Manuales N° 41.

“sus efectos son todos los cambios en las condiciones de los beneficiarios (en el corto, mediano y largo plazo), medidos como cambios en las variables de impacto (o de resultado), que son atribuibles a la intervención”.

Los efectos de la intervención pueden ser o no previstos en el diseño de la evaluación. Los efectos previstos son aquellos que han sido contemplados en la formulación de la intervención; estos definen una relación causal entre el tipo de intervención y determinados cambios en las condiciones de los beneficiarios. Los efectos no previstos son aquellos cambios que sufren los beneficiarios y que no han sido contemplados en el diseño del programa. Al no contemplarse estos efectos, se puede estar subvaluando o sobrevaluando el impacto total de la intervención sobre las condiciones de vida de los beneficiarios, de allí que se suelen incorporar otras características del entorno y de los sujetos de estudio que permitan mediar estos efectos (variables de control), así como generar información adicional a los indicadores previamente establecidos.

El diseño de una evaluación de impacto asume las premisas de la intervención como hipótesis que deben ser sometidas a pruebas empíricas para demostrar su validez comparando dos o más tomas de información distanciadas en el tiempo. La primera se orienta a constituir el denominado Estudio de Línea de Base del Proyecto, que es el escenario contra el cual se medirán los efectos de la intervención. Las subsecuentes tomas de información buscan verificar cambios en las variables sobre las cuales el Proyecto espera inducir efectos, así como otras características del entorno y de los sujetos de estudio que pueden mediar estos efectos (variables de control).

2.7.1. Tipos de evaluación

Según la estructuración y el enfoque elegidos, los procesos evaluatorios pueden clasificarse en: pseudoevaluaciones, evaluaciones verdaderas cuantitativas puras (cuasi experimentales y experimentales) y evaluaciones verdaderas mixtas o cuanticualitativas. La objetividad y la independencia del evaluador en

su trabajo hacen a la primera división entre pseudoevaluaciones y evaluaciones verdaderas.

Enfoques de la evaluación	
Pseudoevaluaciones	En ellas, se cumple un proceso evaluatorio, pero con fuerte injerencia de alguna de las partes comprometidas con el proyecto y que presiona para que aparezcan resultados preestablecidos. El evaluador no actúa neutralmente.
Evaluaciones experimentales y cuasi experimentales	<p>Son evaluaciones exclusivamente cuantitativas. Este diseño exige que se constituya un grupo de control (tarea ardua y compleja). Se mide el impacto por comparación estadística entre el grupo de control y el grupo beneficiario de las acciones del programa.</p> <p>Se miden: incremento del bienestar de los beneficiarios, Por ejemplo: según empleo (empleabilidad, inserción laboral posterior, tipo de trabajo, satisfacción laboral) ingresos y ciudadanía. Asimismo, puede medirse focalización, deserción, retención, cobertura, entre otros.</p>
Evaluaciones verdaderas mixtas cuanticualitativas	<p>El abordaje mixto permite tener los datos señalados en el grupo anterior y agrega el aporte cualitativo. Entre estos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios actitudinales • Cambios psicosociales • Autoestima • Empleabilidad • Necesidad y satisfacción con el programa. <p>Puede medirse también el impacto sobre los restantes actores (capacitadores, empresarios, informantes claves de la población).</p> <p>Se utilizan los estudios de casos, las observaciones, las entrevistas, en profundidad.</p> <p>El aporte mixto ayuda a entender más por qué unos programas son exitosos y otros fracasan.</p>

Fuente: Elaborado por Ernesto Abdalá a partir de Grubb, W. N., Evaluating job training programs in the United States: evidence and explanations; ILO, Ginebra, 1995.

2.7.2. Momentos de realización de la evaluación

El ciclo de la vida del programa abre las distintas posibilidades

Momentos de realización de la evaluación	
EX ANTE	Se cumple antes del inicio de la ejecución. Se evalúan el contexto socioeconómico e institucional; los problemas identificados; las necesidades detectadas; la población objetivo; los insumos; las estrategias de acción.
INTRA	Se desarrolla durante la ejecución del programa. Se evalúan las actividades del proceso mientras estas se están desarrollando, identificando los aciertos, los errores, las dificultades.
POST	Se corresponde con la finalización inmediata de la ejecución del proyecto, detectando, registrando y analizando los resultados tempranos.
EX POST	Se realiza tiempo después (meses o años) de concluida la ejecución. Evalúa los resultados mediatos y alejados, consolidados en el tiempo.

2.7.3. El Modelo CIPP (propuesto por Stufflebeam y Shinkfield²²).

Este modelo organiza el proceso de la implementación según cuatro dimensiones y sus correlaciones.

C: Contexto; esta dimensión se nutre de los datos globales que proporcionan fundamentos para los objetivos del programa: socioeconómicos, demográficos y epidemiológicos nacionales y locales, con énfasis especial en las políticas de atención a poblaciones excluidas y dispersas.

I: Input (Insumos); Datos que proporcionan el fundamento para la elección del modo de utilización de los recursos disponibles (Humanos, Materiales, Financieros), las estrategias

²² Stufflebeam y Shinkfield. Modelo de Evaluación

implementadas, los recursos asignados y utilizados, el soporte normativo para lograr los objetivos del programa.

Entre ellos: la finalidad, objetivos, ámbito y población objetivo, lineamientos generales, ejes Integradores, meta nacional y regional, ELITES/AISPED, componentes: Gestión, Organización, Prestación, Financiamiento.

P: Proceso; datos de la marcha del programa, registro de la relación entre lo programado y lo real. Datos sobre la interacción de todos los actores involucrados y los roles desempeñados. Dinámica de grupo del proyecto (decisores, gestores, beneficiarios, población). Se evalúa especialmente por técnicas cualitativas.

P: Producto (resultados e impactos en relación con los objetivos)

Datos sobre logros reales y su relación en los objetivos del programa – **Impacto**. Los logros alcanzados se miden en los beneficiarios, decisores (gobierno), ejecutores, población y otros actores.

Los productos (indicadores) se pueden caracterizar según:

- **Eficacia:** medida de los logros en un tiempo determinado.
- **Eficiencia:** medida de los logros en un tiempo determinado, según los recursos utilizados.
- **Cobertura:** proporción de los hogares de las poblaciones excluidas y dispersas que han accedido a la atención en salud por equipos AISPED.
- **Pertinencia:** grado de satisfacción de los beneficiarios;
- **Adecuación:** correlación entre los objetivos y los recursos disponibles.

2.7.4. Cálculo para la medición del Impacto.

a. Medición de impacto basada en la metodología propuesta por Abdalá²³.

En una primera aproximación se investiga si acceden o no a los servicios de salud según los indicadores planteados. El porcentaje se

²³ Ernesto Abdalá. Medición de Impacto. Capítulo 3. Pág. 47.

calcula, mediante una regla de tres simple. Para facilitar el cálculo, se encabeza en cada columna (del grupo de intervención y control), con el número total de los hogares en estudio que vendrían a ser el 100%. El impacto se mide según la diferencia porcentual que existe en las medidas del grupo de beneficiarios y del grupo de control. A continuación se presenta la fórmula del cálculo de impacto:

$\text{Valor de la Medida del Impacto} = \frac{\text{Valor del indicador en el grupo de beneficiarios} - \text{valor en el grupo de control}}{\text{Valor del indicador en el grupo de control}}$

Este impacto global se ve complementado por el estudio del impacto discriminado, según ciertos datos como: sexo, edad, nivel de instrucción, idioma, ocupación, entre otros; que se calcula con igual mecanismo de la diferencia porcentual.

Este tipo discriminación de variables va facilitar el análisis y la identificación retroalimentadora de, en qué grupos se tiene los mejores impactos. Este feedback clarifica qué tipo de proyecto y para quién es más útil.

b. Método de doble diferencia o diferencia en diferencias²⁴

La idea es recopilar datos sobre los resultados y sus determinantes antes y después de introducir el programa, junto con datos de un grupo de comparación sin tratamiento y del grupo de tratamiento. Luego basta con sólo restar la diferencia entre el indicador de los participantes y el grupo de comparación antes de introducir el programa, de la diferencia después del programa.

Con respecto a la evaluación de impacto de la estrategia de AISPED, es conveniente aplicar una combinación de metodologías “con y sin proyecto” con las de “antes y después”, como lo hace el método de

²⁴ Ver para más detalle el texto citado de Baker Judy L Evaluación del impacto de los proyectos de desarrollo en la pobreza. Manual para profesionales. Banco Mundial. Washington – 2000.

Doble Diferencia. La no existencia de una Línea de Base limitará en parte los resultados de la evaluación de impacto.

Las etapas principales para implementar el método de la Doble Diferencia son las siguientes:

Un Estudio de Línea de Base debe ser captada antes de iniciarse la intervención, la cual debe cubrir tanto el grupo participante como el grupo testigo (no participante).

Luego se requerirán una o más encuestas de seguimiento después del establecimiento del programa. Éstas deben ser muy comparables a las encuestas básicas (en términos del cuestionario, la entrevista, etc.). Idealmente, las encuestas de seguimiento deben incluir las mismas observaciones muestreadas que la encuesta básica. Si no es posible, deben corresponder a los mismos grupos geográficos o estratos con respecto a alguna otra variable.

Calcular la diferencia media entre los valores de “antes y después” de los indicadores de impacto de cada grupo, los participantes y los no participantes.

El impacto estimado para este proyecto estará dado por la diferencia entre estas dos diferencias promedio.

Este método puede salvar el inconveniente de las variables no observables en el supuesto que éstas no varíen con el tiempo. Si lo hicieran, con el uso de técnicas econométricas se puede ajustar los impactos encontrados con la finalidad de obtener un resultado neto de los sesgos en la selección del grupo testigo.

En consecuencia, si consideramos a M como una variable de impacto cuya variación será medida entre el período inicial (0) y final (1) del proyecto, se podría representar este método de la siguiente manera:

Tabla N° 1

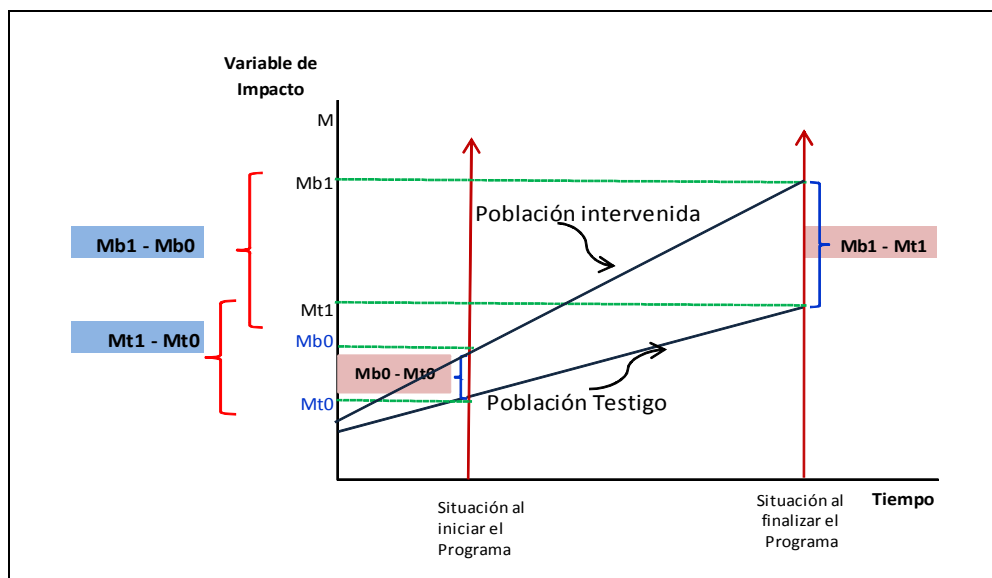
Diseño de evaluación de la Doble Diferencia

PERIODO	BENEFICIARIO Programa Conjunto	GRUPO TESTIGO	DIFERENCIA
INICIO	Mb_0	Mt_0	$Mb_0 - Mt_0$
FINAL	Mb_1	Mt_1	$Mb_1 - Mt_1$
Diferencia	$Mb_1 - Mb_0$	$Mt_1 - Mt_0$	DD
Doble Diferencia = Impacto			

El impacto estaría dado por $M = (Mb_1 - Mb_0) - (Mt_1 - Mt_0)$. Es decir, Doble Diferencia o diferencias en diferencias. Ver Gráfico N° 1.

Gráfico N° 1

Doble Diferencia ó Diferencia en Diferencias.



c. Línea de base

Los estudios de base ofrecen un conjunto de “evidencias y apreciaciones sobre la población objetivo de un proyecto, así como de la dinámica del contexto en que interviene, para que esta información pueda compararse con otras mediciones posteriores de los cambios

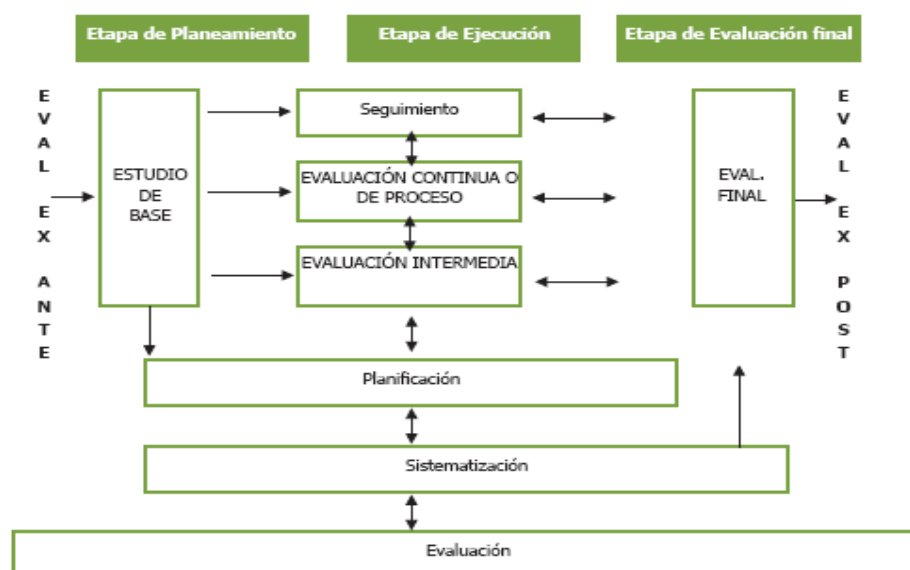
logrados”²⁵. Así, entonces el Estudio de Base se define como un conjunto de información estructurada y ordenada que describe el punto de partida de una intervención en relación a los beneficios esperados de la misma.

Estos estudios deben mostrar evidencias tanto cuantitativas como cualitativas de la situación de la población objetivo al inicio de la intervención. La información cuantitativa permitirá obtener indicadores cuantificables referidos a los indicadores de beneficios del proyecto en cuestión; mientras la información cualitativa, permitirá analizar otras dimensiones relacionadas sobretodo a percepciones y capacidades, de la población, así como estructuras sociales y mecanismos de toma de decisiones, entre otros.

El Estudio de Línea de Base es el punto de partida en el marco de una evaluación integral de un proyecto o programa específico, tal como se muestra en el gráfico N° 1. El Estudio de Base permite una adecuada planificación, sistematización y evaluación de los impactos de la intervención. Un Sistema de Planificación, Seguimiento, Evaluación y Sistematización (sistema de PSES) es una herramienta utilizada por la gestión del proyecto para recolectar y procesar datos que permitan analizar y comunicar información sobre los cambios atribuibles a una intervención para el desarrollo.

²⁵ Los Estudios de Base, Fundamentos de una Gestión por Resultados. PREVAL – FIDA. 2007.

Gráfico N° 2
Sistema de PSES (planificación, seguimiento, evaluación y sistematización) y el Ciclo del Proyecto²⁶



Un aspecto fundamental de los Estudios de Línea de Base, se refiere a que la información que se obtenga de esta investigación debe estar estrechamente vinculada a los indicadores de efecto e impacto del proyecto, puesto que el mismo análisis deberá repetirse en subsecuentes tomas de información, de allí que sea fundamental una adecuada identificación de los efectos e impactos de la intervención.

Un estudio de Línea de Base, es un listado con el primer valor de los indicadores de efectos e impactos, contemplados en el marco lógico del proyecto. Dicho listado cuantifica indicadores, resumiendo situaciones, y dándonos una expresión concreta de la situación actual de la población a ser intervenida y de la población control.

d. Relación entre la línea de base y la evaluación de impactos

La evaluación cuantitativa de impactos utiliza generalmente la técnica de comparación para determinar la causalidad entre la intervención y los cambios experimentados por los beneficiarios. El impacto atribuible a un proyecto nunca puede ser observado directamente, dado que solamente una de las dos situaciones

²⁶ Ibídem.

potenciales (ser beneficiario o no ser beneficiario de un proyecto) es observada para cada individuo en un momento dado; es decir, los beneficiarios no pueden ser observados simultáneamente en el estado alternativo de no ser beneficiarios.

El problema central en la evaluación de impactos, radica en el hecho de que la población beneficiaria, no puede ser evaluada simultáneamente en el estado alternativo de no ser beneficiarios, de tal manera que podamos saber que hubiera ocurrido con el grupo beneficiario, si no hubiera existido el proyecto.

Adicionalmente, es importante considerar que puede haber otros factores externos al proyecto que influyan en los resultados y que puedan “contaminar” los impactos atribuibles específicamente al proyecto. En tal sentido, se hace necesario construir un escenario “contrafactual” que separe los efectos puros de la intervención de otros factores exógenos y permita simular la situación “sin proyecto”. Este grupo se denominará grupo de control, y simulará el estado alternativo (no beneficiario del proyecto) del grupo beneficiario. Este grupo de control servirá de elemento de comparación con el grupo intervenido.

Este enfoque requiere de una medición adecuada de las variables o indicadores de impacto tanto al inicio del proyecto como al final del mismo, tanto para el grupo intervenido como para el grupo de control. Es para la primera medición que se requiere del diseño e implementación de un Estudio de Línea de Base, el cual identifica el valor de los indicadores de impacto (o efectos) en el momento previo a la intervención del proyecto.

La Línea de Base se aplicará tanto a un grupo de beneficiarios de la intervención, respecto del grupo control, en el presente estudio se plantea un acercamiento metodológico para encontrar el grupo control y con él, de tal manera que se disponga de la información suficiente para aplicar esta técnica al momento de la evaluación final. La Evaluación del Impacto final del proyecto, se desarrolla al mismo grupo de hogares entrevistados en la línea de base, de tal manera que se minimicen los sesgos estadísticos.

La evaluación de impacto identifica los cambios en el bienestar que pueden ser atribuidos a un proyecto, programa o política en particular. La información generada por una evaluación de impacto ayuda a tomar la decisión de ampliar, modificar o eliminar un programa, así como ayuda a priorizar la inversión pública. Es también una herramienta importante para la rendición de cuentas y sirve para el aprendizaje de las entidades y/o personas involucradas. Evaluar los impactos de un programa lleva a responder una pregunta fundamental: ¿Cuál sería la situación si la intervención no hubiera tomado lugar?. Dado que es obvio que dicha situación no puede ser observada, se debe aproximar a ella a través de la construcción de una situación “contrafactual”, es decir, una situación hipotética que trata de hallar los niveles de bienestar que tendrían los individuos si el proyecto no se hubiera realizado.

Construir esta situación hipotética exige la realización de la compleja tarea de aislar los efectos de otros factores que pueden intervenir sobre la población objetivo. Esto puede hacerse mediante la comparación de los participantes de un proyecto (el grupo *tratado*) con un grupo control o testigo (el grupo *no tratado*). Para esto, el grupo control o testigo se compone de individuos (u otras unidades de análisis como hogares) que tienen las mismas características de los beneficiarios del proyecto, especialmente en aquellas características por las que fueron seleccionados pero no participan en el proyecto que será evaluado.

El Estudio de Línea de Base constituye el primer paso para la evaluación de impacto de un proyecto o programa y su objetivo es conocer la situación inicial, punto de partida o tiempo cero (T^0) del ámbito que será influenciado (transformado) por el proyecto o programa. Es el diagnóstico de las características de la población y sus actividades que el Proyecto se propone modificar (mejorar) a través de su intervención, el cual permitirá medir sus resultados e impactos mediante las comparaciones “antes y después” y “con y sin” proyecto

CAPITULO III: METODOLOGIA.

3.1. Hipótesis

3.1.1. General

La estrategia de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas no ha logrado ampliar el acceso a los servicios de salud y mejorar el estado de salud de la población; debido a las limitaciones de los servicios de salud para brindar atención integral de salud, y a las barreras socioeconómicas y culturales.

3.1.2. Secundarias

- Los servicios de salud tienen limitaciones para brindar atención integral de salud a las poblaciones excluidas y dispersas, debido a la oferta insuficiente de servicios de salud y a la débil articulación de la oferta móvil (AISPED) con la oferta fija, lo que ocasionan bajas coberturas en las prioridades sanitarias regionales.
- Las barreras socioeconómicas y culturales son ocasionadas por las condiciones inadecuadas de vivienda, escasos ingresos económicos, por el difícil acceso geográfico y el bajo nivel educativo de las poblaciones excluidas y dispersas.

3.2. Variables

Independiente: La implementación de la estrategia de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas - AISPED.

Dependiente: Impacto en el acceso a los servicios de salud y el estado de salud de la población excluida y dispersa de la Región Ayacucho.

3.3. Ámbito de estudio

El ámbito de estudio correspondió a la Región de Ayacucho, conformado por las 11 provincias y 111 distritos, en las que se encuentran adscritas las 7 Redes y 30 Microrredes de Salud.

3.4. Población de Estudio

La población estudiada se dividió en hogares intervenidos y hogares control, de las comunidades dispersas y excluidas de la Región Ayacucho. Más adelante se detallará los mecanismos y criterios utilizados para definir la población objetivo.

3.5. Marco Metodológico para la evaluación de impacto

3.5.1. Tipo de evaluación

El tipo de evaluación aplicada en el presente estudio responde fundamentalmente a **evaluaciones cuasi experimentales**; propuesto por Ernesto Abdala²⁷, que son evaluaciones exclusivamente cuantitativas. Este diseño exige que se constituya un grupo de control. Se mide el impacto por comparación estadística entre el grupo de control y el grupo beneficiario de las acciones del programa.

²⁷ Ernesto Abdalá. La evaluación de impacto: tipos, modelos teóricos y procesos técnicos. En cuadro elaborado a partir de Grubb, W. N., *Evaluating job training programs in the United States: evidence and explanations*; ILO, Ginebra, 1995.

3.5.2. Momentos de realización de la evaluación

De acuerdo al ciclo de la vida del proceso, el momento de realización del presente estudio es **INTRA**, por desarrollarse durante la ejecución del programa. Se evalúan las actividades del proceso mientras éstas se están desarrollando, identificando los aciertos, los errores, las dificultades.

3.5.3. Modelo utilizado para la evaluación de impacto

Dada la enorme complejidad de los factores en juego, no existen modelos ideales de planeación ni de prácticas de evaluación de impacto: existen guías, marcos, lineamientos que se deben adaptar a cada programa o cada tipo de estudio.

Para el presente estudio de evaluación de impacto se adecuó el Modelo Teórico **CIPP**.

Este modelo organiza el proceso de la implementación según cuatro dimensiones y sus correlaciones. **C**: Contexto, **I**: Input, Insumos, **P**: Proceso **P**: Producto (Impacto).

En cada una de las cuatro etapas de la evaluación correspondientes a cada nivel de decisión se recogieron y analizaron datos específicos a fin de interrelacionar los componentes en un enfoque sistémico con adecuaciones permanentes.

3.5.4. Cálculo para la medición del Impacto en el estudio:

Para la medición del impacto el estudio, se utilizó la metodología propuesta por Abdalá²⁸; la misma que en una primera aproximación se investiga si acceden o no a los servicios de salud según los indicadores e instrumentos planteados. El porcentaje se calcula, mediante una regla de tres simple. Para facilitar el cálculo, se encabeza en cada columna (del grupo de intervención y control), con el número total de los hogares en estudio que vendrían a ser el 100%.

²⁸ Ernesto Abdalá. Medición de Impacto. Capítulo 3. Pág. 47.

El impacto se mide según la **diferencia porcentual** que existe en las medidas del grupo de beneficiarios y del grupo de control; según la siguiente fórmula:

$\text{Valor de la Medida del Impacto} = \frac{\text{Valor del indicador en el grupo de beneficiarios} - \text{indicador en el grupo de control}}{\text{Valor del indicador en el grupo de control}}$

Este impacto global se ve complementado por el estudio del impacto discriminado, según ciertos datos como: sexo, edad, nivel de instrucción, idioma, ocupación, entre otros; que se calcula con igual mecanismo de la diferencia porcentual. Entre las variables de comparación.

En el presente estudio se realizó la recolección y el análisis de los datos según: nivel de instrucción, idioma, si es o no beneficiario de algún programa social, ocupación, entre otros; porque su análisis se convierte en la base del conocimiento profundo del impacto en los diferentes integrantes de la sociedad, haciendo sobresalir los puntos en los que se debe reajustar el programa (la estrategia AISPED) según poblaciones específicas.

Este tipo de **discriminación de variables** va facilitar el análisis y la identificación retroalimentadora de, en qué grupos se tiene los mejores impactos. Este feedback clarifica qué tipo de proyecto y para quién es más útil.

Esta evaluación se complementa con la evaluación de impacto a través del método de la doble diferencia o diferencia de diferencias, según diseño de evaluación de la Doble Diferencia (Cuadro N° 1).

3.5.5. Relación entre la línea de base y la evaluación de impactos

El objetivo del presente estudio de impacto, implica no sólo conocer la situación inicial (pre-proyecto) y actual de las localidades intervenidas, sino también de las localidades que servirán como testigos o controles. La situación inicial se compara con la evaluación actual y

con los mismos indicadores en ambos ámbitos o grupos de comparación, a fin de establecer la doble comparación que nos dará una idea más exacta del impacto generado por la intervención.

3.6. Diseño de estudio.

El enfoque del estudio es fundamentalmente cuantitativo, puesto que se recogerá un conjunto de datos objetivos relativos a los hogares participantes (tratamiento) y los no participantes (como grupo de control) para establecer tanto los valores iniciales de los indicadores antes de la intervención y los valores de impacto luego de la intervención. Los resultados se presentarán con técnicas estandarizadas como el de la diferencia porcentual y de la doble diferencia o también llamado diferencia en diferencia, para obtener el efecto neto de la estrategia AISPED sobre la población objetivo, buscando aislar los efectos de otras intervenciones.

3.6.1. Método de análisis

Tomando en cuenta estas características del estudio planteado, se emplearon los siguientes métodos de análisis:

a. Análisis estadístico descriptivo

El análisis estadístico descriptivo consiste en la estimación y presentación de los valores iniciales y finales de los indicadores de cada rubro de intervención. Este tipo de análisis exigió la construcción de tablas de contingencia donde se reporten la situación del grupo beneficiario del Programa y el grupo de control.

El Plan de análisis de datos se realizó en función a los siguientes pasos:

- **Orientación del análisis.-** El análisis se organizó en función de los objetivos del estudio y la operacionalización de las variables del estudio. Estableciendo en una primera etapa la evaluación del impacto en el acceso a los servicios de salud enfocado en las

prioridades sanitarias regionales, y la segunda etapa en la que se evalúa el impacto en el estado de salud de la población, la que se complementa con la descripción de la relación de los costos con el impacto.

- **Elaboración del plan de tablas.-** Se procedió a elaborar un plan de cuadros que respondieran a los objetivos de la investigación.
- **Procesamiento de datos.-** Se utilizó los paquetes estadísticos SPSS para la construcción de la base de datos y para el análisis multivariado y las inferencias estadísticas, complementariamente se utilizó el programa Excel para procesamiento de información según cada caso.

b. Análisis cualitativo

El análisis cualitativo se realizó a partir de un examen cuidadoso de triangulación y/o integración de las múltiples perspectivas recogidas desde los actores entrevistados, proveedores de los servicios de salud y otros. Este proceso nos permitió identificar las causas o factores que explicarían la situación final de los grupos beneficiarios.

3.6.2. Técnicas para el recojo de información

Para recoger los datos durante el desarrollo del estudio, se diseñaron y utilizaron cuestionarios, que han permitido procesar las principales variables del estudio. Se realizaron entrevistas y reuniones de trabajo con funcionarios a nivel Regional y con encargados de las Redes, Microrredes y establecimientos de salud (centros y puestos) a nivel local; se revisaron diversos registros relacionados a los beneficiarios, coberturas de atención, indicadores y otros relativos a la gestión. Además, se consideró la información de fuentes secundarias para comparación.

a. Encuesta a hogares de los grupos beneficiarios y control.

La encuesta tuvo como objetivo recoger información rápida y representativa, según las características que se plantearon analizar.

En esta encuesta la unidad de análisis fueron los hogares participantes (grupos beneficiarios) y hogares no participantes (grupos control) del rubro del Programa. La inclusión de grupos control permitirá aislar los efectos del componente de aquellos generados por otras intervenciones u otros factores exógenos.

El estudio planteó obtener indicadores con niveles de inferencia representativos para el nivel regional de Ayacucho, en la que se ha incluido las siete Redes de Salud en la que viene interviniendo la Estrategia AISPED.

b. Análisis de fuentes documentales

El trabajo de análisis documental se inició con la revisión de los documentos producidos por el programa. La documentación generada en los diversos momentos y por las diferentes instancias del Programa es fundamental, ya que permitió una buena comprensión de la finalidad y los objetivos, el enfoque de desarrollo, los diagnósticos socioeconómicos, los criterios de selección, la organización interna del Programa, las estrategias de intervención, los niveles de participación local y los sistemas de monitoreo y evaluación.

El análisis requiere como punto de partida un profundo entendimiento de la propuesta de trabajo del programa. Para ello, fue necesario acceder y revisar documentos como: los proyectos, los rubros, informes técnicos y otros documentos relacionados al Programa.

Asimismo, el análisis de fuentes documentales incluyó la revisión y utilización de encuestas aplicadas anteriormente en los temas relacionados a la Estrategia de Atención a Poblaciones Excluidas y Dispersas - AISPED, como la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), Encuesta Nacional de Salud (ENDES) elaborados por el INEI, el Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) del Instituto Nacional de Salud, Estudio de Línea de base de desnutrición crónica regional, datos estadístico de la estrategia AISPED, entre otros. El objetivo fue la construcción de parte de los indicadores del Programa y la contrastación de estos valores con los obtenidos a

través de la fuente de información primaria de la evaluación de impactos.

3.6.3. Instrumentos

Se utilizó dos tipos de instrumentos de recojo y análisis de información: Cuestionario para encuesta a hogares de los grupos beneficiarios y de control; y la Ficha de análisis documental

a. Cuestionario para encuesta a hogares de los grupos beneficiarios y control.

El diseño del cuestionario privilegió el recojo de información objetiva sobre los indicadores impacto según los rubros de intervención y los determinados para el presente estudio.

Se elaboró el cuestionario a ser aplicado durante la entrevista, conteniendo los mismos ítems dirigidos a los hogares participantes y no participantes del programa, con el objeto de recoger información que permita la construcción y análisis de los indicadores diseñados.

El cuestionario contiene cuatro secciones diferenciadas: de datos generales, acceso a la atención en salud en las prioridades sanitarias regionales (Salud sexual y reproductiva, atención integral de salud del niño y salud mental), percepción sobre los servicios de salud (oferta fija) y percepción sobre la estrategia de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED).

Una vez elaborado el instrumento, los entrevistadores previamente capacitados realizaron la entrevista a los usuarios en los mismos ámbitos de intervención de los equipos AISPED, a partir del cual se realizaron las modificaciones respectivas y obtener el instrumento final validado. Se puso especial énfasis en la redacción y el orden de las preguntas.

b. Ficha de análisis documental.

Las fichas de análisis documental ayudaron a sistematizar la información contenida en la documentación que fue necesario revisar durante el desarrollo del estudio. Las fichas permitieron ordenar los

aspectos y los datos claves de los principales documentos generados por el programa. La estructura de la fichas se elaboró en el periodo inicial del estudio y sirvió de referencia permanente en las fases siguientes de acopio y análisis de información.

Asimismo, se recogió opiniones de los actores claves como son los líderes comunales, los proveedores de salud del nivel operativo y los coordinadores de la estrategia de los niveles de Redes de Salud y el nivel Regional. El mismo que permitió obtener información complementaria sobre las fortalezas y debilidades de las comunidades, la percepción de los beneficios de la entrega de servicios de salud, y la organización y gestión de la estrategia de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED).

3.6.4. La Operación de Campo.

La Operación de Campo está referida al conjunto de tareas inter-relacionadas entre sí y que tienen como objetivo fundamental la recopilación de la información cuantitativa se realizó mediante la aplicación de la encuesta a hogares.

Previo al levantamiento de la información en campo, se desarrolló una capacitación para los encuestadores, el mismo se desarrollo a través de aplicaciones prácticas teniendo en cuenta las instrucciones para la selección de viviendas y hogares en la ejecución del trabajo de campo, asimismo el llenado de la encuesta.

El trabajo se organizó por Redes de Salud designando un responsable por cada Red de Salud y los respectivos encuestadores quienes debían cumplir algunas condiciones básicas para obtener datos de calidad y evitar al mínimo algunos sesgos.

La realización del estudio se coordinó con la Dirección General de Dirección Regional de Salud Ayacucho, el mismo que contó con el apoyo del equipo técnico de la Dirección de Servicios de Salud²⁹ de la

²⁹ La Coordinación de la Estrategia de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas - AISPED, se encuentra dentro de la Dirección de Servicios de Salud.

DIRESA, para acciones de supervisión y control de calidad durante el trabajo de campo.

El trabajo de campo se inició el 06 de octubre del 2009 y culminó el 19 de febrero del 2010.

Para el recojo de la información se aplicó el método de entrevista directa mediante el cual se aplicó el cuestionario a través de una entrevista con el informante en la vivienda seleccionada este método es también conocido como el de “cara a cara”.

Se organizaron 7 equipos (01 equipo por cada Red) a cargo de un responsable que cumplía las funciones de supervisor, cada equipo estuvo conformado por dos o tres personas según el caso, de acuerdo a la distribución geográfica y las condiciones mínimas del encuestador.

El control de calidad del trabajo de campo estuvo a cargo de los supervisores, los mismos que tuvieron la responsabilidad de verificar que el recojo de información se cumpliera de acuerdo a las instrucciones impartidas.

La operación de campo en el ámbito de la Región Ayacucho se ejecutó en 58 localidades ubicadas en 15 distritos y 8 provincias, en la que se distribuyó la totalidad de muestras del estudio, tal como se muestra en la tabla N° 2.

Tabla N° 2

N° de Provincias y Distritos, Cantidad de Localidades y Hogares por Redes de Salud. DIRESA Ayacucho 2009-2010.

Red de Salud	N° de Provincias	N° de Distritos	Cantidad de Localidades	Cantidad de Hogares
Ayacucho Centro	1	5	11	43
Coracora	2	2	5	21
Huamanga	1	2	13	38
Huanta	1	2	11	39
Puquio	1	1	4	16
San Francisco	1	1	1	16
San Miguel	1	2	13	52
TOTAL	8	15	58	225

Fuente: Elaboración propia

En algunas Redes se tuvo que realizar cambios por algunas razones, los cuales se detallan a continuación:

Se trató de obtener una muestra representativa por cada Red de Salud y ámbito de intervención de equipo AISPED, sin embargo se cambió la muestra correspondiente a las provincias de Vilcashuamán, Víctor Fajardo y Huancasancos, por la provincia de Sucre debido a que en el momento de la aplicación de encuesta no fue ámbito de intervención de la Estrategias AISPED y por limitaciones logísticas. Igualmente se cambió el Distrito de Llochegua por el Distrito de Anco Selva debido a problemas de tipo socio-político que vive la zona.

En todas las localidades donde se efectuaron entrevistas, tanto a hogares beneficiarios como a hogares de control, se efectuó la Encuesta de Percepciones respecto a los servicios de salud, con la finalidad de captar información que sirva como complemento a la encuesta de hogares.

Respecto de los resultados obtenidos, se presenta las metas alcanzadas con respecto a la programación, es decir los resultados de las encuestas en términos de la efectividad.

Tabla N° 3

Número de Equipos AISPED, Número de Hogares Entrevistados y Número de Localidades, por Redes de Salud.

Red de Salud	N° de equipos AISPED	N° de Hogares			Localidades
		Beneficiarios	Control	Total	
Ayacucho Centro	2	43	0	43	11
Coracora	2	7	14	21	5
Huamanga	2	16	22	38	13
Huanta	2	20	19	39	11
Puquio	1	16	0	16	4
San Francisco	2	0	16	16	1
San Miguel	2	21	31	52	13
TOTAL	13	123	102	225	58

Considerando que la encuesta fue realizada en base a una muestra representativa, se tuvo especial cuidado que las entrevistas se realizaran en las localidades y las viviendas seleccionadas

entrevistando la cantidad de hogares previstos. Es necesario indicar que el trabajo de campo se realizó en la totalidad de las localidades seleccionadas habiéndose cambiado algunas de éstas por razones imponderables justificadas tal como se ha indicado anteriormente.

3.6.5. Indicadores de Impacto

Los indicadores pueden clasificarse en finales e intermedios³⁰. Los indicadores son intermedios cuando contribuyen al proceso de lograr un resultado o miden los factores que lo determina. Se dividen en indicadores de insumo (input) o de producto (output). Los primeros miden los recursos (monetarios y materiales) asignados al proyecto. Los indicadores de producto, por su parte, miden la cantidad de bienes y servicios proporcionados con los insumos. Estos indicadores (insumo y producto) no son en si mismo objetivos, pero contribuyen a alcanzarlos.

Los indicadores son finales cuando miden el efecto de una intervención sobre el estado de salud y bienestar de la población. Estos indicadores, a su vez, pueden dividirse en indicadores de resultados (outcome) y de impacto.

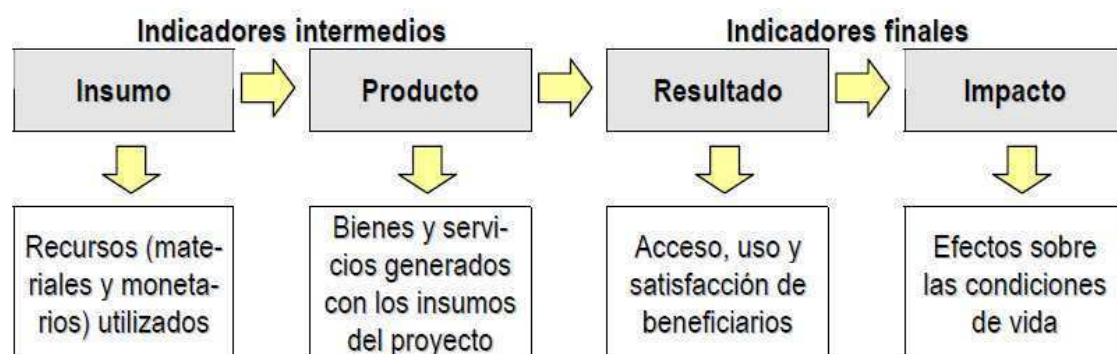
Los primeros miden el acceso, uso y satisfacción de los bienes y servicios producidos por el proyecto (por ejemplo el acceso a establecimientos de salud, la satisfacción por los servicios recibidos, etc.). Los indicadores de impacto, por el contrario, sí miden las dimensiones del estado de salud, es decir, los objetivos más altos del proyecto: los efectos sobre el bienestar y las condiciones de vida de la población (por ejemplo, la medición del estado de la salud, etc.).

En este marco, la relación entre ellos es como sigue: los insumos y productos generan los resultados esperados y estos permiten los impactos deseados. En realidad, los insumos y productos son los pasos intermedios para determinar si los resultados e impactos deseados serán logrados. El siguiente gráfico muestra el sentido de dependencia de cada tipo de indicador.

³⁰ Centro de Información y Recursos para el Desarrollo Paraguay 2002. Plan de Monitoreo y Evaluación Proyecto Health Decentralization and Community Participation – CIRD / USA.

Gráfico N° 3

Tipos de indicadores



Cabe indicar que mientras los productos están bajo el control del proyecto, los resultados no lo están.

Se presenta a continuación una matriz que ha sido diseñada para analizar en forma integral los impactos de la Estrategia de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas – AISPED tanto en el acceso a los servicios de salud y el estado de salud de la población. Estos indicadores serán útiles para estimar los beneficios en el aspecto social derivados del estudio de impacto.

Complementariamente, el estudio también recogió información que caracteriza a la población respecto a indicadores demográficos, condiciones de vida, participación en programas sociales y percepción de la población sobre los servicios de salud

Por otra parte, en la Matriz de indicadores, se señala la fuente de información de los mismos, así para el caso de los indicadores de evaluación de impacto en el acceso a los servicios de salud, se utilizó la fuente de información primaria; y en el caso de los indicadores de evaluación de impacto del estado de salud, se utilizó la fuente secundaria. Cabe señalar también, que para la evaluación de situaciones no previstas por la estrategia, no se tiene una fuente basal que nos permitiera relacionarla y medir el impacto a través de la doble diferencia, por lo que se hará un análisis reflexivo.

Tabla N° 4

Matriz de Indicadores de Impacto

INDICADORES	TIPO DE INFORMACIÓN	
A). Acceso a los servicios de salud		
1) Salud Sexual y Reproductiva.	Primaria*	Secundaria**
1.1. Madres que han recibido mayor de 6 CPN durante el embarazo de su último hijo	SI	SI
1.2. Parejas que acceden algún método de planificación familiar	SI	SI
2) Atención Integral de Salud del Niño		
2.1. Niños menores de 5 años que acceden a vacunación según calendario	SI	SI
2.2. Niños menores de 5 años que acceden a control CRED según calendario	SI	SI
2.3. Niños menores de 5 años que acceden a la atención de salud en IRA Y EDA	SI	SI
2.4. Hogares que practican por lo menos tres estilos de vida de las siguientes: Lactancia materna, lavado de manos, uso de letrinas, combinación de alimentos, consumo de agua segura, otros)	SI	SI
3) Salud Mental		
3.1. Hogares que algún miembro tiene tamizaje en salud mental	SI	SI
3.2. Hogares que algún miembro recibió atención en salud mental (VIF, Alcoholismo, Depresión)	SI	SI
B). Estado de Salud		
1. Estado de salud actual de los usuarios AISPED.	SI	SI
2. Prevalencia de Desnutrición Crónica en menores de 5 años de edad		SI
3. Prevalencia de IRAs en menores de 5 años de edad	SI	SI
4. Prevalencia de EDAs en menores de 5 años de edad	SI	SI
5. Tasas de mortalidad materna		SI
6. Tasas de mortalidad infantil		SI

* La Información Primaria se refiere a los datos obtenidos producto de la aplicación de las encuestas diseñadas, a hogares de la muestra seleccionada para el presente estudio.

** La Información Secundaria se refiere a la base de datos contenidos en las ENAHO, ENDES, SIEN, Línea de Base PACD, Línea de base de Desnutrición crónica y otros, que sirven para reconstruir la Línea Basal.

3.6.6. Metodología para el análisis con datos secundarios

El presente estudio de evaluación de impacto adolece del hecho de no contar con datos de línea de base o en todo caso los estudios

basales existentes, tienen inferencia distrital y en el caso del estudio actual la información tiene inferencia regional. En ese sentido, los datos secundarios, que con cierto trabajo de identificación, han servido para evaluar los impactos de la Estrategia de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED). Al respecto, las ENAHO, ENDES, SIEN y algunos estudios regionales como línea de base del Proyecto de Apoyo a Comunidades Dispersas – PACD y la Línea de Base de Desnutrición Crónica en la Región Ayacucho, proveen información sobre varios de los indicadores de interés para el estudio.

Un limitante, sin embargo, es que las ENAHO no están identificadas a nivel de centro poblado. Las ENAHO solamente se identifican a nivel de distrito. En ese sentido, si imputamos el tratamiento a nivel de distrito, se corre el riesgo de que los efectos se diluyan en los hogares del distrito que no recibieron el tratamiento directamente.

Otra limitante de las ENAHO, ENDES, entre otros, es que estas encuestas no se diseñaron con el objetivo de medir el impacto de la Estrategia AISPED. En ese sentido en estas encuestas, no necesariamente se encuestó a los centros poblados que fueron intervenidos por la Estrategia AISPED.

Finalmente, es necesario resaltar que las ENAHO y ENDES no tienen representatividad a nivel de centro poblado. En ese sentido, los resultados obtenidos deben ser tomados con cautela y se presentan como complemento al análisis con datos primarios recogidos por el estudio.

Dicho lo anterior, con el fin de identificar el efecto de la implementación de la Estrategia de Atención Integral de Salud Poblaciones Excluidas y Dispersas – AISPED en los indicadores de interés, se ha analizado los indicadores y visto su consistencia con otras fuentes de información.

3.6.7. Metodología para elección de las localidades control

Un aspecto importante en el estudio fue la elección de los hogares que sirvieran de control a las intervenidas; se ha podido identificar que

la intervención de la Estrategia AISPED se dan en comunidades que cuentan con poblaciones excluidas y dispersas, los mismos que están asignados a un establecimiento de salud de la oferta fija, observándose que la intervención por lo equipos AISPED es de manera discontinua por factores relacionados con la programación y el financiamiento. Asimismo en la zona existen servicios de salud de la oferta fija que intervienen de forma limitada en estas poblaciones por las dificultades en el acceso.

Según Navarro³¹, los diseños cuasi experimentales, no seleccionan aleatoriamente los grupos de beneficiarios y no beneficiarios. Al programa puede ingresar cualquier individuo interesado en participar, que cumpla con los criterios de elegibilidad y focalización del programa y al cual el programa esté en capacidad de atender. En otras palabras el ingreso de un individuo al programa en este tipo de diseño depende de la decisión de los administradores del programa.

En ese sentido, se ha identificado como grupo de intervención los hogares que se encuentran en el ámbito de las comunidades de intervención de la estrategia AISPED y que según las informaciones habrían intervenido con mayor regularidad (mayor a 60 meses o 5 años acumulados), contabilizados desde el inicio de la implementación de la estrategia³²; y el grupo control a aquellos hogares que se encuentran en zonas con características de poblaciones dispersas y excluidas, en la que no se ha reportado información de la intervención por los equipos AISPED ó que se ha reportado la intervención esporádica ó discontinua como máximo de 12 meses ó un año acumulados desde el inicio de la implementación de la estrategia en la Región Ayacucho (Según Cuadro N° 11). Cabe señalar que en ambos casos regularmente intervienen la oferta fija pero con las limitaciones del difícil acceso.

³¹ Navarro, Hugo (2005). "Manual para la evaluación de impacto de proyectos y programas de lucha contra la pobreza". Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES). CEPAL. Serie Manuales, 2005

³² La implementación de la Estrategia de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas – AISPED en la Región Ayacucho, se inicia en el año 1999.

3.6.8. Metodología para la obtención de los datos primarios

a. La muestra

Para la obtención de datos primarios, se diseñó un instrumento que haga operativo el proceso de captación y tratamiento de datos primarios, que permita implementar los análisis previstos en la propuesta metodológica de la investigación.

Unidad de análisis

La adecuada conceptualización del problema a resolver, permite identificar los elementos poseedores de las características requeridas para describir, valorar e interpretar lo más saltante de la situación y potencial solución. Dichos elementos, en la terminología estadística, se conocen como Unidades de Análisis y deben ser precisadas de manera concreta y operativa, a los efectos de asegurar que los datos sean recogidos de quien realmente los poseen y por lo tanto las inferencias se expliquen adecuadamente.

En el presente estudio, se observa que existe una cadena de unidades de análisis asociadas, que manteniendo su particularidad, exigen se les analice de manera vinculante, entre ellas tenemos:

- a. Las Redes de Salud donde se desarrolla la implementación de la Estrategia AISPED en la Región Ayacucho.
- b. Las comunidades de intervención de la Estrategia AISPED.
- c. Los hogares que habitan en comunidades elegidas.
- d. Los integrantes de los hogares cuyas opiniones nos interesan.

Por lo que, la unidad de análisis de importancia para el presente estudio, se consideró a los hogares que habitan en las poblaciones excluidas y dispersas cuyas opiniones de sus integrantes son de interés para el estudio. Esta unidad de análisis nos permite abordar a la persona por etapas de vida en el entorno familiar, su composición, estructura y los problemas de salud familiar vinculados a otros factores.

Marco muestral

El marco muestral es el conjunto de unidades del cual se seleccionará una muestra³³. Las unidades del marco muestral o también llamados Unidades de Muestreo no coinciden necesariamente con las unidades de la Población, aunque toda unidad de muestreo debe "contener" unidades de la población. Por ejemplo en el caso de de la Encuesta Nacional de Hogares, las unidades del Marco Muestral son las viviendas particulares, ubicadas en pequeñas áreas geográficas en que se particiona al país y las unidades de muestreo (viviendas particulares) no coinciden con las unidades de la población de hogares o de personas pero toda vivienda "contiene" hogares y personas.

Para la presente investigación se definió como dominio el ámbito de la Región Ayacucho, conformado de acuerdo a la demarcación política administrativa por 11 Provincias y 111 Distritos; y de acuerdo a la organización de servicios de salud con 7 Redes y 30 Microrredes de Salud, dentro de las cuales se encuentran las comunidades consideradas excluidas y dispersas, las mismas albergan los hogares, en las que a su vez habitan sus integrantes cuyas opiniones nos interesan. Esta característica sirvió para estratificar, lo cual es una de las técnicas que sirve para volver mas eficientes a los diseños muestrales.

Entonces para la obtención de la muestra, se tuvo en cuenta el ámbito geográfico que corresponde a las 7 Redes de Salud y en las Microrredes de intervención de los equipos AISPED del ámbito de la Dirección Regional de Salud Ayacucho. Se consideró todo el ámbito de los equipos AISPED, que vienen interviniendo desde el año 1999 inclusive (Ver Tabla N° 11); luego se tuvo en cuenta la población y el número de hogares de las comunidades excluidas y dispersas de la Región Ayacucho intervenidas por la Estrategia AISPED o grupo de beneficiarios (grupo de intervenidos); y por los hogares de las

³³ Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI. 1998. Organización de un Marco Muestral de las Areas Afectadas por el Fenómeno del Niño.

comunidades excluidas y dispersas No Intervenidas por AISPED o grupo de los no beneficiarios (grupo control), distribuida por Redes de Salud según el siguiente cuadro:

Tabla N° 5

N° de Comunidades y Población Asignada por Redes de Salud según Intervención por Equipo AISPED. DIRESA Ayacucho - Año 2008

RED DE SALUD	N° DE COMUNIDADES			POBLACION			HOGARES
	INTERVENIDA	NO INTERVENIDA	TOTAL	INTERVENIDA	NO INTERVENIDA	TOTAL	
Huamanga	32	42	74	4618	6468	11086	3079
Huanta	26	19	45	4506	3845	8351	2320
San Miguel	26	46	72	4178	6972	11150	3097
San Francisco	12	44	56	1515	5121	6636	1843
Ayacucho Centro	42	116	158	4851	26866	31717	8810
Coracora	29	54	83	3542	3545	7087	1969
Lucanas	13	32	45	1662	3470	5132	1426
TOTAL	180	353	533	24872	56287	81159	22544

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Servicios de Salud DIRESA Ayacucho.

Determinación del tamaño de la muestra

Para la determinación de la cantidad de unidades de muestreo a seleccionar, y frente a la carencia de investigaciones estrictamente equivalentes, se han utilizado los estimados de encuestas nacionales y otras experiencias realizadas en ámbitos similares al presente estudio, asimismo fue importante el conocimiento de los indicadores necesarios y los principales parámetros a estimar. Se analizaron diferentes escenarios, dentro de las exigencias de los términos que exige el estudio.

Las cifras finales fueron calculadas suponiendo que el máximo error permitido en las estimaciones debería ser 10% y el nivel de confianza el 95%. Tomando en cuenta que el objetivo principal de la investigación es poder realizar las comparaciones estadísticas reseñadas, la formula que se consideró fue la siguiente:

$$X = \left[\frac{T * CV}{E} \right]$$

$$n = X * X * EfD$$

Donde los símbolos representan lo siguiente:

T = Coeficiente de la Normal asociado al 95 % de confianza

CV = Coeficiente de Variación

E = Error máximo permitido en las estimaciones

X = Calculo intermedio

EfD= Efecto del diseño, originado en el empleo de conglomerados

n = Tamaño de muestra (expresado en número de beneficiarios)

Las fórmulas anteriores fueron refinadas para considerar los efectos de la no respuesta que se presenta en la conducción de la mayoría de encuestas, así como para expresarlas en términos de hogares beneficiados.

Tamaño final de la muestra

La aplicación de la fórmula anterior condujo a recomendar que se seleccionen 123 hogares para el grupo de intervenido y 102 hogares para el grupo control, en el ámbito de la Región Ayacucho, el mismo que está distribuido en las siete Redes de Salud (Ver Tabla N° 6).

Tabla N° 6

Número total de muestra por zonas de Intervención y por tipo de encuestado.

Red de Salud	N° de Hogares		
	Beneficiarios	Control	Total
Ayacucho Centro	43	0	43
Coracora	7	14	21
Huamanga	16	22	38
Huanta	20	19	39
Puquio	16	0	16
San Francisco	0	16	16
San Miguel	21	31	52
TOTAL	123	102	225

Fuente: Elaboración propia.

b. Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

Para la población objetivo:

Ingresaron al estudio los varones o mujeres mayores de 15 años que sean jefes o representantes de hogar o familia de las comunidades dispersas y excluidas, residentes habituales (aquellas que residen un tiempo mayor de 12 meses en la zona).

Para los prestadores:

Personal de salud de la DIRESA, Redes o Microrredes que están a cargo o que estuvieron a cargo de la conducción de la Estrategia de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluida y Dispersas – AISPED.

Responsables de Estadística e informática y del Seguro Integral de Salud de la DIRESA, Redes y Puntos de Digitación, quienes aportaron como fuente de información secundaria.

Criterios de exclusión

Para la población objetivo:

- Familias transeúntes o que residen un tiempo menor de 12 meses en las comunidades dispersas y excluidas.
- Viviendas que en el momento de la aplicación de la encuesta no se encuentren personas mayores de 15 años.
- Personas con problemas de sordomudez o problemas de salud mental severos.
- Familias de las comunidades que no cumplen con los criterios de exclusión y dispersión.

Para los prestadores:

Personal de salud de la DIRESA, Redes o Microrredes que recientemente están a cargo de la conducción de la Estrategia de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluida y Dispersas – AISPED.

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Características de la Oferta y Demanda de la Estrategia AISPED

4.1.1. Características de la Oferta.

La oferta de servicios de salud, está representada por los equipos AISPED, que desde su elección, conformación, capacitación, inducción para el trabajo, organización, supervisión, monitoreo y evaluación deben ser incorporados y articulados de manera funcional a las redes de servicios de salud de los ámbitos de intervención. El propósito, de la implementación de la estrategia es complementar las actividades regulares del servicio de salud priorizando la atención de la salud de las poblaciones excluidas y dispersa; de tal manera que se mantenga el sistema de información unificado y confiable.

La Región Ayacucho territorialmente esta dividida en 11 provincias; 07 ubicadas en la zona norte y 03 hacia el sur de la región (Lucanas, Parinacochas y Paucar del Sara Sara), estas últimas no tienen una comunicación fluida con las provincias de la zona norte; esta situación complejiza la organización y gestión sanitaria.

En el año 2004 el proceso de delimitación de redes y microrredes, en función de esta realidad sanitaria y las necesidades de salud de la población plantea una organización del ámbito regional en 7 redes y 30 microrredes de salud y es la que esta vigente actualmente.

Con relación a los establecimientos de salud de la DIRESA, en estos últimos años se observa un incremento del número de

establecimiento de salud que viene funcionando, existiendo en la actualidad un total de 414 establecimientos de salud de los cuales 368 vienen funcionando³⁴.

La mayoría de los establecimientos de salud (75%) corresponde a la categoría I-1, el 12% tiene categoría I-2, el 11.2% tiene la categoría I-3, siendo el establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive el Hospital Regional de Ayacucho cuya categoría actual es II – 2. De los establecimiento de salud con categoría I-1, gran parte aun siguen siendo unipersonales a cargo de personal de salud técnico.

El número de equipos de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas AISPED se ha incrementado progresivamente desde el inicio de la implementación en el año 1999, de un número de dos equipos a 13 inclusive el año 2007-2008. Si embargo la intervención fue intermitente, por estar condicionado a la disponibilidad presupuestal.

Entre otros problemas que caracterizan a la oferta de servicios de salud en el ámbito de las poblaciones excluidas y dispersas es la insuficiente oferta de servicios de salud tanto de la oferta fija³⁵ y la oferta móvil³⁶, en cuanto a infraestructura adecuada, recursos humanos capacitados y equipamiento, asimismo la inadecuada articulación de la oferta fija y la oferta móvil.

a. Gestión.

La gestión de la estrategia AISPED es realizada por los todos los niveles organizativos del Ministerio de Salud (MINSA, DIRESA, Red de Salud, Micro Red de Salud y establecimiento de salud), busca normalizar el proceso de atención de salud integral. Toma decisiones,

³⁴ DIRESA Ayacucho. Dirección de Servicios de Salud 2009.

³⁵ Oferta fija, es aquella constituida por los servicios que se brinda en los establecimientos de salud, según niveles de atención.

³⁶ Oferta móvil, está constituida por los servicios que se brinda, mediante desplazamiento de recursos humanos y tecnológicos, al lugar donde se encuentra la población a atender.

planifica, ejecuta y controla la intervención, según el rol y competencias en cada nivel³⁷.

Entre los hallazgos encontrados en este componente, podemos mencionar que la planificación de las intervenciones fueron realizadas por el equipo técnico de la DIRESA y los equipos AISPED, limitando de este modo la participación de la Red, Microrred y los establecimiento de salud involucrados, asimismo no se encuentra evidencias de la participación de la población como actor fundamental de la planificación participativa.

Los procesos de supervisión y monitoreo son desarrollados en cascada desde el nivel Regional hasta las comunidades de intervención, observándose una escasa participación y compromiso de los equipos de las Redes y Microrredes de salud. Los objetivos de la atención integral a poblaciones excluidas y dispersas en un primer momento fueron evaluados a través de los indicadores de la norma técnica vigente, sin embargo estos indicadores no coinciden necesariamente con los indicadores de acuerdos de gestión bajo los cuales se viene trabajando en la DIRESA Ayacucho.

b. Organización

La organización es el ordenamiento secuencial y coordinado de las acciones de salud, en base a la programación de sus actividades. Prevé recursos y los aspectos técnico-administrativos y legales para la implementación y operatividad de la intervención en este caso por la Estrategia AISPED.

En la conformación del Equipo AISPED, el número de profesionales por equipo AISPED, está integrado por prestadores regulares que vendrían a ser el médico, enfermera, obstetra, odontólogo y técnico en enfermería, por ser los de mayor demanda por la población cuya incorporación a los equipos depende de las necesidades identificadas en cada zona.

³⁷ MINSA, Norma técnica: Atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas, N.T. N° 028 – MINSA / DGSP – V. 01 - 2005, aprobada con R.M. N° 437 – 2005/MINSA.

En los inicio de la implementación de los ELITES, se propuso que uno de los integrantes del equipo debía ser nombrado, debido a que por su condición laboral conocía total o parcialmente las características de las poblaciones de referencia. A la fecha, esta condición laboral no es determinante para la conformación de los Equipos.

Actualmente, para la conformación de los equipos AISPED son considerados criterios referenciales como: perfil personal acorde al tipo de trabajo a realizarse, conocimiento del idioma o dialecto de las comunidades, acreditar experiencia en el trabajo de campo, trabajo en equipo y buen estado físico y psicológico, debido a las condiciones de difícil acceso a estas comunidades.

Para el caso específico de los equipos AISPED de la DIRESA Ayacucho, se contó con la intervención del equipo básico de atención a poblaciones excluidas y dispersas normalmente conformado por médico general, enfermera, obstetra, técnico en enfermería y odontólogo, incorporándose como personal complementario el biólogo principalmente para las zonas del Valle de río Apurímac y el antropólogo o sociólogo para algunos equipos según determinación de la necesidad de fortalecer la articulación de los servicios de salud con la comunidad. Respecto a los equipos de atención especializada, no se ha tenido la intervención directamente como parte de la estrategia de atención a poblaciones excluidas y dispersas, salvo algunas intervenciones esporádicas programas por los establecimientos de salud de mayor complejidad en coordinación con las Redes u otras instituciones. A continuación se muestra la tabla con el número de profesionales del equipo de atención básica y el equipo de atención especializada.

Tabla N° 7.

**N° de Profesionales por Equipo AISPED según Grupo Ocupacional.
DIRESA Ayacucho.**

TIPO DE RECURSO	EQUIPO DE ATENCION BASICA	EQUIPO ATENCION ESPECIALIZADA
**PRESTADORES REGULARES	▪ Medico General	▪ Medico Internista
	▪ Enfermera	▪ Ginecólogo
	▪ Obstetra	▪ Pediatra
	▪ Técnico de Enfermería	▪ Cirujano
	▪ Odontólogo	▪ Oftalmología
COMPLEMENTARIO O ESPECIFICOS	▪ Psicólogo	▪ Cualquier especialidad medico quirúrgica que se requiera.
	▪ Antropólogo	
	▪ Nutricionista	
	▪ Comunicadora social	
	▪ Chofer	

Fuente: Norma Técnica N° 028-2005

A nivel de la Región Ayacucho a través de la Resolución Ejecutiva Regional N° 817-2006-GRA/PRES, declara y reconoce a 473 comunidades campesinas alto andinas dispersas y excluidas; sin embargo realizando la confrontación de la relación oficial de comunidades excluidas y dispersas con otras que tienen las mismas características, alcanzan a un total de 533 comunidades³⁸; de los cuales 429 se encuentra en el rango de 3 a 6 horas y 104 se encuentra de 6 a más horas de distancia para acceder a los servicios de salud; siendo la cobertura mediante los 13 Equipos AISPED a diciembre del 2009 de un total de 180 comunidades, que hacen en promedio de 38,8% del total de comunidades consideradas excluidas y dispersas para la Región Ayacucho. El resto de las comunidades según sea el caso son programadas esporádicamente para ser intervenidas por los equipos AISPED, sin embargo estas comunidades, al igual que el resto de las mismas características, son atendidas por la oferta fija con todas las limitaciones.

³⁸ Identificadas mediante los criterios de la Norma Técnica 028 MINSA/DGSP V.01. Norma Técnica de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 437 – 2005/MINSA.

Tabla N° 8

N° de Comunidades Intervenidoas por Equipos AISPED, a Nivel de Redes de Salud, Según Accesibilidad Geográfica. DIRESA Ayacucho - 2009

<i>Redes de Salud</i>	<i>Accesibilidad Geográfica</i>		Total	N° de Comunidades Intervenidoas	%
	<i>De 03 a 06 Horas</i>	<i>De 06 a más</i>			
<i>Huamanga</i>	65	9	74	32	43,2
<i>Huanta</i>	31	14	45	26	57,8
<i>San Miguel</i>	58	14	72	26	36,1
<i>San Francisco</i>	51	5	56	12	21,4
<i>Ayacucho Centro</i>	145	13	158	42	26,6
<i>Coracora</i>	53	30	83	29	34,9
<i>Lucanas</i>	26	19	45	13	28,9
TOTAL	429	104	533	180	33,8

Elaboración propia con la base de datos de la Dirección de Servicios de Salud DIRESA Ayacucho.

El número total de comunidades intervenidas que hace referencia la tabla anterior están distribuidas en las 7 Redes de Salud, 11 Microrredes y 60 establecimientos de salud del ámbito de la DIRESA Ayacucho, los mismos que figuran en la Tabla N° 9.

Tabla N° 9

N° de Comunidades y Establecimientos de Salud Intervenidoas por Equipos AISPED a Nivel de Redes y Microrredes. DIRESA Ayacucho año 2009.

Red	Microrred	Establecimientos de Salud	Comunidades
Huamanga	Chontaca	3	9
	Vinchos	7	23
Huanta	Huanta	3	26
San Miguel	Sacharaccay	11	26
San Francisco	Sivia	3	6
	Anco	2	6
Ayacucho Centro	Pomabamba	3	14
	Sucre	11	28
Coracora	Coracora	14	29
Lucanas	Andamarca	2	6
	Puquio	1	7
TOTAL		60	180

Elaboración propia con la base de datos de la Dirección de Servicios de Salud DIRESA Ayacucho.

A nivel de la Dirección Regional de Salud Ayacucho, a diciembre del año 2009, se encontraban operativos y oficializados 13 Equipo de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas – AISPED, distribuidas en las 07 Redes de Salud, cuyos nombres y códigos figuran en la siguiente Tabla.

Tabla N° 10

**N° de Equipos AISPED por Redes de Salud. DIRESA Ayacucho
año 2009.**

Red	CODIGO	Nombre de Equipo AISPED	N° de equipo AISPED
Huanta	005008	E.A. Ayahuanco Norte	1
	005009	E.A. Ayahuanco Sur	1
San Francisco	005010	E.A. Canayre	1
	005012	E.A. San Martín	1
San Miguel	005011	E.A. Chungui	1
	005013	E.A. San Miguel	1
Huamanga	005002	E.A. Paras	1
	005001	E.A. Vinchos	1
Ayacucho centro	005004	E.A. Sucre	1
	005005	E.A. Sucre II	1
Lucanas	005003	E.A. Anizo -Chipao	1
Coracora	005006	E.A. Sancos-Chaviña	1
	005007	E.A. Pauza	1
Total			13

Elaboración propia con la base de datos de la Dirección de Servicios de Salud DIRESA Ayacucho.

El funcionamiento de los equipos de AISPED a nivel de la región Ayacucho no es regular en cuanto número de equipos, integrantes y la continuidad, ya que estuvo condicionada a la disponibilidad presupuestal programada desde el nivel nacional, observándose que el número de equipos de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas (AISPED) se ha incrementado desde la implementación del modelo como atención de salud itinerante para zonas de alta dispersión poblacional en 1999, de dos a 13 inclusive el año 2007-2008. Posterior al 2001, año en la que termina la fase de consolidación del modelo, el número de equipo permaneció

constante, entre 5 a 6 equipos; hasta el año 2004. El año 2005, se incrementan 10 equipos ELITES / AISPED y a partir del año 2006 se incrementó a 13 equipos AISPED. En la siguiente tabla se muestra el número promedio de meses de intervención de los equipos AISPED desde su inicio en el año 1999 hasta el año 2008.

Tabla N° 11.

N° de meses de intervención de los Equipos de Atención a Poblaciones Excluidas y Dispersas. ELITES/AISPED por año.

Red	Nombre de ELITES ó AISPED	Provincia	Distritos	N° de meses de intervención por año.										N° Total de Meses
				1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Huanta	E.A. Ayahuanco Norte*	Huanta	Huanta - Ayahuanco	-	-	-	11	11	10	6	11	12	10	71
	E.A. Ayahuanco Sur*	Huanta	Huanta-Carhuahuran	-	-	-	-	-	-	-	3	12	10	25
San Francisco	E.A. Canayre*	Huanta	Llochegua	-	-	-	-	-	-	6	11	12	10	39
	E.A. San Martín*	La mar	San Martín	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	3
San miguel	E.A. Chungui*	La mar	Chungui	6	7	11	11	11	10	6	11	12	10	95
	E.A. San Miguel*	La mar	Sacharaccay - Anco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	10
	Tambo	La mar	Tambo	-	-	-	-	-	-	-	-	12	-	12
Huamanga	E.A. Paras*	Cangallo	Paras - vilcanchos	-	-	-	11	11	10	3	11	12	10	68
	E.A. Vinchos*	Huamanga	Ocros - vinchos	-	-	-	-	-	-	-	3	12	10	25
Ayacucho Centro	E.A. Sucre*	Sucre	Morcolla- Soras - Larcay - Paucaray	6	7	11	11	11	10	3	11	12	10	92
	E.A. Sucre II*	Sucre / Fajardo	Sucre - Asquipata - Apongo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	10
	Huancasancos	Huancasancos	Manchiri	-	-	-	-	-	-	-	3	12	-	15
	Chuschi	Cangallo	Chuschi	-	-	-	-	-	-	3	11	12	10	36
	Vilcashuaman	Vilcashuamán	Independencia - Huambalpa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Puquio	E.A. Anizo - Chipao*	Lucanas	Chipao Aniso	-	-	-	11	11	10	3	11	12	10	68
	Laramate	Lucanas	Laramate	-	-	-	-	-	-	3	8	-	-	11
Coracora	E.A. Pauza*	Paucar de Sara sara	Pauza - Oyolo	-	-	-	11	11	10	6	11	12	10	71
	E.A. Sancos-Chaviña*	Parinacochas	Sancos - Upahuacho - Paca pauza	-	-	-	-	-	-	3	11	12	10	36
Otros				-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL EQUIPOS				2	2	2	6	6	6	10	13	13	13	687

Elaboración propia con la base de datos de la Dirección de Servicios de Salud DIRESA Ayacucho.

* Equipos AISPED reconocidos oficialmente.

c. Prestación

La prestación del servicio de atención de salud itinerante es realizada por el equipo AISPED. En este componente se desarrolla un conjunto de acciones y flujos de atenciones en el marco del modelo de atención integral de salud, que incluye la atención básica y especializada con enfoque de riesgo e interculturalidad, a fin de atender las necesidades de salud previamente identificadas para ser abordadas de manera integral y brindando los cuidados esenciales que están organizados en Paquetes de Atención Integral de Salud por etapas de vida.

En este componente es necesario hacer referencia los datos de extensión de uso e intensidad de uso, asimismo el porcentaje de la afiliación al SIS de la población objetivo.

Extensión de Uso e Intensidad de uso de los equipos AISPED. La extensión de uso es la proporción de la población que usa un servicio determinado en un período de tiempo; ejemplo: razón entre número de personas atendidas y la población de referencia. En la atención ambulatoria, es importante destacar que no se registra el número de consultas sino el número de personas que consultan dividido por la población. Dado que no es fácil la obtención del dato sobre los consultantes que lo hacen por primera vez, se usa el número de consultas hechas por persona por año, es decir es una combinación de intensidad y extensión del uso del servicio.

Intensidad de uso o concentración, es el número promedio de servicios recibidos por cada usuario o número de actividades realizadas sobre cada sujeto o consultante en un período de tiempo, ejemplo: número de consulta por número de consultantes atendidos por primera vez³⁹.

La extensión de uso de los equipos AISPED, para el año 2008 con la intervención de 13 equipos a nivel regional alcanzó el 84%

³⁹ Indicadores de salud: Características, uso y ejemplos. M. Teresa Valenzuela B. Chile septiembre del 2005

presentando mayor cobertura en los equipos AISPED de Ayahuanco norte, Paras, Canayre y Chungui sobrepasando inclusive el 100%. Mientras los que alcanzaron bajas coberturas son los equipos de Pauza y San Miguel con 40,3% y 44,1% respectivamente; cabe señalar que estas coberturas son respecto a la programación en los ámbitos de intervención.

La intensidad de uso a nivel regional es de 4,4 en promedio; es decir que las personas que se han atendido por los equipos AISPED han accedido por lo menos cuatro veces en el año.

En el año 2009, la extensión de uso a nivel regional alcanzó solamente el 45%, presentando mayor porcentaje en las coberturas los equipos AISPED de Ayahuanco Norte y Sucre II con 113% y 119% respectivamente. Los equipos AISPED que presentaron menores coberturas son Ayahuanco Sur, Chungui, San Martín, y Anizo Chipao con porcentaje de coberturas inferiores a 10% inclusive. La intensidad de uso para este año es de casi 5.

Es necesario tener en cuenta que la población de intervención de los equipos AISPED están también adscritos a un establecimiento de salud de la oferta fija, por lo tanto al obtener los datos de intensidad de uso puede producir variaciones en cuanto al número de atendido debido a que la misma población puede haber acudido ya los establecimiento de salud de la oferta fija. Otro aspecto son los criterios de programación que no estan claramente establecidos. Los datos se muestran en la Tabla N° 12.

Tabla N° 12.

Extensión de uso e intensidad de uso de los equipos AISPED. DIRESA Ayacucho años 2008 -2009.

Equipo AISPED	AÑO 2008						AÑO 2009					
	Extensión de Uso			Intensidad de Uso			Extensión de Uso			Intensidad de Uso		
	Población	Atendidos	Cobertura (%)	Atenciones	Atendidos	Concentración	Población	Atendidos	Cobertura (%)	Atenciones	Atendidos	Concentración
Paras	2790	3164	113,4%	11509	3164	3,64	1175	489	41,6%	2744	489	5,61
Ocros - Vinchos	2133	1730	81,1%	10991	1730	6,35	722	642	88,9%	1583	642	2,47
Ayahuanco Sur	2373	1908	80,4%	10186	1908	5,34	1207	106	8,8%	2851	106	26,90
Ayahuanco Norte	2172	2717	125,1%	6301	2717	2,32	1052	1190	113,1%	2831	1190	2,38
Canayre	1515	1664	109,8%	6690	1664	4,02	824	666	80,8%	2325	666	3,49
San Miguel	2113	932	44,1%	7685	932	8,25	1021	251	24,6%	2917	251	11,62
Chungui	2065	2683	129,9%	6216	2683	2,32	936	71	7,6%	406	71	5,72
San Martin	2274	2043	89,8%	5342	2043	2,61	870	22	2,5%	3148	22	143,09
Sucre II	2458	1464	59,6%	5659	1464	3,87	808	965	119,4%	2596	965	2,69
Sucre I	974	672	69,0%	6927	672	10,31	670	326	48,7%	896	326	2,75
Anizo Chipao	1674	1627	97,2%	11617	1627	7,14	1232	64	5,2%	1497	64	23,39
Sancos Chaviña	1243	732	58,9%	6265	732	8,56	949	404	42,6%	2503	404	6,20
Pauza	3098	1248	40,3%	4423	1248	3,54	1465	661	45,1%	2461	661	3,72
DIRESA	26882	22584	84,0%	99811,28	22584	4,42	12931	5857	45,3%	28758	5857	4,91

Fuente: Dirección de Servicios de Salud. DIRESA Ayacucho.

Acceso al Seguro Integral de Salud de la población objetivo.

Según datos referenciales del PACD⁴⁰, en el año 2001, el uso del seguro materno infantil estuvo vinculado al embarazo, por tanto fue una condición necesaria para requerirlo, por consiguiente se observó que todas las gestantes de la provincia de Cangallo usaron este seguro, pero el 18.2% de las usuarias tuvieron que comprar los medicamentos, mientras en Vilcashuamán 2 de cada 10 gestantes no uso este seguro y menos de 2 de cada 10 lo uso parcialmente (compro los medicamentos). En Víctor Fajardo de cada 10 gestantes poco más de 3 no lo usaron y 1 de 10 tuvo que adquirir los medicamentos.

De acuerdo al presente estudio, el tipo de seguro con que cuenta los entrevistados del ámbito de intervención del equipo AISPED alcanza en promedio el 97%, el 2% tiene como seguro ESSALUD y con un 1% no cuenta con ningún seguro.

c. Financiamiento.

Los costos de los ELITES (actualmente equipos AISPED) según los escenarios mencionados van a diferir en uno y otro en función del ámbito geográfico donde se implementa. A continuación se presenta el costo promedio por equipo en los escenarios de sierra y selva:

- Escenario 1 (Sierra): 279,967 nuevos soles.
- Escenario 2 (Selva): 274,967 nuevos soles.

⁴⁰ Programa de Apoyo a Comunidades Dispersas – PACD. La Demanda y Oferta de Servicios de Salud en el Ámbito del PACD-Ayacucho 2001.

Tabla N° 13

Costo promedio anual de los AISPED según escenario por específicas de gasto y escenario año 1999⁴¹

Conceptos de gasto	Escenarios	
	Escenario 1 (Sierra)	Escenario 2 (Selva)
Recursos Humanos	194.472,00	194.472,00
Vestuario	4.800,00	4.800,00
Combustible	18.000,00	18.000,00
Material de consumo	20.275,00	20.275,00
Pasajes	18.000,00	18.000,00
Servicio de terceros	18.000,00	0,00
Equipamiento	6.420,00	19.420,00
Gastos por escenario	279.967,00	274.967,00

Fuente: Equipo de Supervisión y Monitoreo del PAAG SBPT - AC

La estructura de gasto promedio por equipo AISPED es la siguiente:

- Viáticos, que se considera sólo para el personal nombrado de las DIRESA o establecimientos.
- Vestuario, costo promedio varía dependiendo del escenario de intervención selva o sierra.
- Combustible para las unidades móviles que desplazan a los equipos hasta los puntos de accesibilidad.
- Servicios no personales, la remuneración considera gastos por desplazamiento, alimentación y estadía.
- Bienes de consumo, considera productos para la elaboración de los informes como cds, tonner, cintas o tinta para impresora.
- Servicio de terceros, presupuesto para el pago de servicios prestados por el alquiler de acémilas, cargadores (“chaucheros”), personas guías que conocen los ríos (“punteros”).
- Medicamentos de acuerdo al requerimiento de cada equipo.
- Insumos, considera los médicos, de laboratorio, odontológicos y quirúrgicos (cirugía menor).

⁴¹ Ministerio de Salud. Programa de Administración de Acuerdos de Gestión. Salud Básica Para Todos – Administración Compartida 1999.

- Instrumental médico, considera instrumental básico, como tensiómetro, estetoscopio, doppler portátil, equipo de cirugía menor, equipo de partos, etc; según necesidad y capacidad resolutive de los equipos.
- Material de escritorio, utilizados por los equipos para complementar su trabajo de campo y el sistema de información.
- Material de instalación eléctrica y electrónica, de acuerdo a la clasificación del sistema integrado de gestión administrativa (SIGA), se incluye las lámparas halógenas, lámparas tipo Coleman, linternas para campo.
- Enseres, considera la bolsa de dormir, mosquiteros, mochilas, salvavidas.

Tabla N° 14

Distribución Presupuestal Anual por Rubro de Gasto en el Escenario 1. Equipos AISPED. Año 1999.

RUBROS	Descripción del gasto	Cantidades requeridas para los Equipos	Frecuencia de envío por año	Sub total de gasto anual por frecuencia de envío	Total de gasto anual por frecuencia de envío
E q u i p a m i e n t o	Bolsa de dormir	6	1	3.235	20.275
	Mosquitero	6	1		
	Impermeable	6	1		
	Linternas	6	1		
	Linternas Halógenas	1	1		
	Lámpara de Coleman	1	1		
	Mochilas	6	1		
	Salvavidas	6	1		
	Radio Portátil	1	1		
	Anestésicos dentales	1000	12	17.040	
	Agujas carpules	500	12		
	Material de enfermería	1	12		
	Material de escritorio	1	12		
	Vestuario	1	2	4.800	4.800
	Carpas	1	1	6.420	6.420
	Set de exodoncia	2	1		
	Camilla portátil (Parihuela)	1	1		
	Set Instrumental	2	1		
	Motor fuera de borda y bote	0	0		
RR.HH.	Personal contratado / nombrado	6	12	194.472	194.472
Apoyo Logístico	Combustible	1	12	18.000	18.000
	Pasajes	1	12	18.000	18.000

RUBROS	Descripción del gasto	Cantidades requeridas para los Equipos	Frecuencia de envío por año	Sub total de gasto anual por frecuencia de envío	Total de gasto anual por frecuencia de envío
	Servicios a terceros	1	12	18.000	18.000
Total					279.967

Fuente: Equipo de Supervisión y Monitoreo del PAAG SBPT – AC

Tabla N° 15

Distribución Presupuestal Anual por rubro de Gasto en el Escenario 2 Equipo Locales Itinerantes de Trabajo Extramural en Salud - ELITES Año 1999

RUBROS	Descripción del gasto	Cantidades requeridas para los ELITES	Frecuencia de envío por año	Sub total de gasto anual por frecuencia de envío	Total de gasto anual por frecuencia de envío
E q u i p a m i e n t o	Bolsa de dormir	6	1	3.235	20.275
	Mosquitero	6	1		
	Impermeable	6	1		
	Linternas	6	1		
	Linternas Halógenas	1	1		
	Lámpara de Coleman	1	1		
	Mochilas	6	1		
	Salvavidas	6	1		
	Radio Portátil	1	1		
	Anestésicos dentales	1000	12	17.040	
	Agujas carpules	500	12		
	Material de enfermería	1	12		
	Material de escritorio	1	12		
	Vestuario	1	2	4.800	4.800
	Carpas	1	1	19.420	19.420
	Set de exodoncia	2	1		
	Camilla portátil (Parihuela)	1	1		
	Set Instrumental	2	1		
	Motor fuera de borda y bote	1	1		
RR.HH.	Personal contratado / nombrado	6	12	194.472	194.472
Apoyo Logístico	Combustible	1	12	18.000	18.000
	Pasajes	1	12	18.000	18.000
	Servicios a terceros			0	0
Total					274.967

Fuente: Equipo de Supervisión y monitoreo del PAAG SBPT – AC

Las fuentes de financiamiento desde el año 1999 al 2005, han sido dos, recursos ordinarios (RO) y la cooperación internacional a través de Comunidad europea (CE). Excepto, en el 2004 y 2007, en el que el financiamiento fue exclusivo por RO. A partir del 2006, fueron RO y el

Seguro Integral de Salud (SIS), año de la aprobación de la norma técnica de los AISPED, con la consiguiente transferencia del presupuesto a las respectivas unidades ejecutoras.

En términos generales, al realizar el análisis desde el lado de la oferta, podemos mencionar que existen limitaciones para brindar una adecuada atención integral a las poblaciones excluidas y dispersas, debido a que es insuficiente la oferta de servicios de salud tanto de la oferta fija y la oferta móvil, considerando que la mayoría de los establecimientos de salud de la oferta fija (75%) corresponden a la categoría de Puesto de Salud I-1, los mismos que se encuentran en el ámbito de las poblaciones excluidas y dispersas; esto de agrava aún más debido a que estos establecimientos de salud en muchos casos cuentan con un solo personal técnico. En cuanto a los equipos AISPED, si bien es cierto fue incrementándose progresivamente en cuanto al número, estos fueron insuficientes para cubrir la cantidad de las poblaciones excluidas y dispersas lográndose una cobertura de solamente 180 comunidades que representa el 33,8% del total de comunidades excluidas y dispersas registradas.

Asimismo, no se ha observado un trabajo articulado entre de la oferta fija y la oferta móvil, encontrándose que la planificación de las intervenciones fueron realizadas por el equipo técnico de la DIRESA y los equipos AISPED, limitando de este modo la participación de las Redes de Salud, Microrred y los establecimiento de salud involucrados, asimismo no se encuentra evidencias de la participación de la población como actor fundamental de la planificación participativa. Estos aspectos se reflejan en las bajas coberturas de la oferta móvil que en el año 2009, la extensión de uso a nivel regional alcanzó solamente el 45%.

4.1.2. Características de la Demanda o Población Objetivo

En el presente estudio, la demanda está representada por las características de las poblaciones excluidas y dispersas, por lo que es

necesario hacer referencia la situación de exclusión de social en salud de dichas poblaciones y los factores que predisponen.

La exclusión social en salud es la situación en la que la sociedad en general, a través de los poderes públicos, no garantiza que un individuo o grupo de individuos, satisfaga sus necesidades de salud accediendo a los servicios de alguno de los subsistemas de salud existentes en forma oportuna y de manera adecuada, sin importar su capacidad de pago. Es importante hacer notar que la definición no sólo se refiere a garantizar el acceso, sino también a la calidad y oportunidad de la atención. La exclusión en salud se expresa en brechas de cobertura; es decir, en el porcentaje de la población que, por diversos motivos, queda fuera del ámbito de acción del sistema⁴².

Los procesos que favorecen la exclusión de las comunidades son la política económica, la ineficiencia de los programas sociales como salud, educación etc. y la débil solidaridad entre ellos. Los factores que predisponen esta condición son: la edad, el nivel educativo, el empleo, sus ingresos, vivienda, programas sociales, servicios básicos de vivienda, entre otros.

Dentro de las características generales de estas poblaciones podemos mencionar que son comunidades extremadamente pobres y dispersas, tienen un débil desarrollo comunal y condiciones sanitarias inadecuadas por su difícil acceso a los servicios integrales y débil corresponsabilidad en salud.

En estas comunidades el elemento determinante de la exclusión es su extrema pobreza, donde existen un debilitamiento del sentimiento de reciprocidad y ausencia de pertenencia social.

Estas comunidades dispersas se caracterizan por estar desarticuladas de los procesos de desarrollo, donde el perfil de analfabetismo lo tiene la mujer y una alta deserción escolar.

Los servicios de salud que atienden a estas comunidades dispersas son precarios, están desorganizados, fragmentados, ineficaces, inequitativos y no adecuados culturalmente lo que conlleva ahondar

⁴² Maroni Consultores SAC. Políticas para eliminar las barreras geográficas en salud. Lima 2007. Pág. 30.

aun mas la exclusión sanitaria, que se traduce en los altos índices de morbilidad, elevada desnutrición infantil, incidencias de casos de mortalidad materna, y malos hábitos de vida que refleja el producto de una débil corresponsabilidad en la salud.

a. Características demográficas y sociales.

La población de las comunidades con características de excluidas y dispersas, examinadas de acuerdo al sexo del jefe de hogar nos indica que el 94,2% de los hogares entrevistados, los varones cumplen con el rol de jefe de familia. En otros pocos 5,8% de casos las mujeres cumplen el rol de jefe de familia. En el grupo de intervención los hogares cuyo jefe de familia son los varones, alcanzan hasta 95,1%.

Al respecto, en la encuesta familiar 2,001, en comunidades campesinas afectadas por la violencia política, resulta muy interesante ver las variaciones según sexo en donde se aprecia, cómo mientras el 95% de los varones percibe que es el padre el jefe de la familia, solo el 46% de las mujeres está de acuerdo con ellos; al contrario, mientras menos del 1% de los varones percibe que la madre es jefa de familia, el 49% de las mujeres se atribuye ese rol. Estas discordancias de percepción expresan un nivel de indefinición entre la pareja alrededor del tema de quién es el que realmente está asumiendo los roles que lo tipifican como jefe de familia. Quizás a la base del 49% de mujeres que no está de acuerdo con que el padre sea el jefe, esté la percepción de que ellos realmente no cumplen los roles que los califican de ese modo. Consideramos que solo una mayor investigación al respecto puede determinar en detalle cuál es el origen de esta diferencia de opiniones. El porcentaje del sexo del jefe de hogar por tipo de encuesta se muestra en la Tabla N° 16.

Respecto al promedio de miembro por hogar, según el estudio es de 3,6; siendo mayor el promedio de hijos por hogar en las Redes de Salud de Huanta y Puquio que es de 4,2 y 4,1 respectivamente.

Comparando estas cifras con el Estudio de Impacto de Programa PACFO del año 2003, se encuentra que el 93,3% de los jefes de hogar corresponden al sexo masculino y solamente el 6,7% al sexo femenino; asimismo el promedio de hijos por hogar fue de 5,4.

Tabla N° 16

Sexo del jefe de Hogar por tipo de encuestado. DIRESA Ayacucho 2009.

Sexo del jefe de hogar	Caso		Control		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	117	95,1	95	93,1	212	94,2
Femenino	6	4,9	7	6,9	13	5,8
Total	123	100,0	102	100,0	225	100,0

Fuente: Encuesta estudio de impacto AISPED.

Examinada la población por grupos de edad, encontramos que la mayoría de los entrevistados corresponden a la edad entre los 21 a 40 años, alcanzando hasta el 72,9%, siendo el grupo de edad de 15 a 20 años solamente el 6,2% y los mayores de 50 años alcanzan el 5,4% en el momento de la encuesta.

Tabla N° 17

Edad del Entrevistado por tipo de encuestado. DIRESA Ayacucho 2009.

Edad del entrevistado	Caso		Control		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
15 a 20 años	7	5,7	7	6,9	14	6,2
21 a 30 años	46	37,4	46	45,1	92	40,9
31 a 40 años	38	30,9	34	33,3	72	32,0
41 a 50 años	24	19,5	11	10,8	35	15,6
51 a 60 años	5	4,1	3	2,9	8	3,6
61 a+	3	2,4	1	1,0	4	1,8
Total	123	100,0	102	100,0	225	100,0

Fuente: Encuesta estudio de impacto AISPED.

Sobre el grado de instrucción, del total de personas entrevistadas, el mayor porcentaje, hasta un 70,2% tiene el grado de instrucción primaria, el 9,8% no tiene ningún grado de instrucción, mientras que el 18,2% tiene secundaria y solamente un 1,8% tiene grado de instrucción superior.

En el grupo control, los entrevistados que no tienen ningún nivel educativo alcanzan el 14,7% mientras que en el grupo caso es de 5,7%.

Tabla N° 18

Distribución porcentual de los entrevistados por tipo de encuesta según nivel educativo. DIRESA Ayacucho 2009.

Nivel Educativo	Tipo de encuesta				Total	
	Caso		Control			
	Nro	%	Nro	%	Nro	%
Ninguno	7	5,7	15	14,7	22	9,8
Primaria	88	71,5	70	68,6	158	70,2
Secundaria	26	21,1	15	14,7	41	18,2
Superior	2	1,6	2	2,0	4	1,8
Total	123	100.0	102	100.0	225	100.0

Fuente: Encuesta estudio de impacto AISPED.

Según el sexo del entrevistado, el 14,1% de los que no tienen ningún nivel educativo corresponden al sexo femenino, frente al 2,4% que corresponde al sexo masculino, igualmente los entrevistados de sexo masculino que tienen nivel educativo primaria y secundaria supera ligeramente a los de sexo femenino; sin embargo los que tienen nivel educativo superior son mujeres y alcanza el 2,8% frente a ningún entrevistado de sexo masculino. Estos datos nos demuestran que persiste la inequidad de género en la educación, pero que sin embargo se viene reduciendo progresivamente las brechas del acceso a la educación por parte de sexo femenino.

Tabla N° 19

Distribución porcentual de los Entrevistados por Redes de Salud según Nivel Educativo y Sexo. DIRESA Ayacucho 2009.

Nivel Educativo	sexo del entrevistado				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nro	%	Nro	%	Nro	%
Ninguno	2	2,4	20	14,1	22	9,8
Primaria	61	73,5	97	68,3	158	70,2
Secundaria	20	24,1	21	14,8	41	18,2
Superior	0	0,0	4	2,8	4	1,8
Total	83	100.0	142	100.0	225	100.0

Fuente: Encuesta estudio de impacto AISPED.

La pregunta por el idioma materno es importante porque resulta un indicador importante del tipo de cultura de la que el informante forma parte. En el Perú los hablantes del idioma quechua están asociados a la cultura andina y como tal a una cultura subordinada en términos de poder y marginada en términos sociales y económicos. La tabla N° 20 muestra que, por las características eminentemente rurales del ámbito de intervención de los equipos AISPED, los entrevistados en su gran mayoría tienen dominio de los dos idiomas castellano y quechua hasta en un 86,7%; y el 13,3% habla sólo el quechua; y ninguno habla sólo castellano u otro idioma. Los que hablan solamente quechua es ligeramente mayor en el grupo control (14,7%).

Tabla N° 20

Idioma del Entrevistado según tipo de encuesta. DIRESA Ayacucho 2009.

Idioma del entrevistado	Caso		Control		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Castellano y quechua	108	87,8	87	85,3	195	86,7
Sólo Quechua	15	12,2	15	14,7	30	13,3
Sólo castellano	0	0	0	0	0	0
Total	123	100,0	102	100,0	225	100,0

Fuente: Encuesta estudio de impacto AISPED.

La mayoría de las viviendas que habitan estas familias dispone entre dos a tres habitaciones que alcanza el 61,3%. Asimismo existe un 14,7% que solamente cuenta con una sola habitación y las familias que cuentan con cinco habitaciones a más alcanzan sólo el 8%.

Este espacio físico resulta muy reducido, para familias que tienen un número elevado de hijos, además se observa en algunos casos que alojan más de un pariente cercano viviendo en el hogar.

Teniendo en cuenta estas características familiares resulta que el promedio de miembros viviendo en el hogar es 3,6 personas y que 64% tiene de tres a más hijos, tal como se muestra en la tabla N° 22; por lo que la relación con el espacio físico resulta insuficiente produciéndose un hacinamiento.

Tabla N° 21.

Distribución porcentual del Número de Habitaciones por tipo de encuesta. DIRESA Ayacucho 2009.

N° de Habitaciones	Caso		Control		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Solo 1 habitación	7	5,7	26	25,5	33	14,7
2 habitaciones	37	30,1	46	45,1	83	36,9
3 habitaciones	37	30,1	18	17,6	55	24,4
4 habitaciones	27	22,0	9	8,8	36	16,0
5 habitaciones	9	7,3	3	2,9	12	5,3
Más de 5 habitaciones	6	4,9	0	0,0	6	2,7
Total	123	100,0	102	100,0	225	100,0

Fuente: Encuesta estudio de impacto AISPED.

El tamaño de las familias depende básicamente del número de hijos de cada pareja. La tabla N° 22 muestra que el 48,9% de las familias entrevistadas tienen entre 3 a 5 hijos, siendo ligeramente mayor en el grupo control (51%); el 2,2% de las familias entrevistadas no tiene ningún hijo y las familias que tienen más de 6 hijos alcanzan el 16,5%. Según el estudio, el promedio de miembros de la familia viviendo en el hogar es 3,6 personas. Este dato tiene relación con el censo INEI del 2007, que indica que el número promedio de hijos tenidos por las mujeres en la zona rural del Perú es de 2,5, significando una reducción de 0,7 hijos cuando se compara con el valor observado en 1993, que fue de 3,2.

Tabla N° 22

Distribución porcentual del Número de Hijos Vivos por Familia Según tipo de encuesta. DIRESA Ayacucho 2009.

N° de Hijos Vivos	Caso		Control		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
No tiene	1	0,8	4	3,9	5	2,2
De 1 a 2 hijos	40	32,5	33	32,4	73	32,4
De 3 a 5 hijos	58	47,2	52	51,0	110	48,9
De 6 a 9 hijos	22	17,9	13	12,7	35	15,6
Mas de 10 hijos	2	1,6	0	0,0	2	0,9
Total	123	100,0	102	100,0	225	100,0

Fuente: Encuesta estudio de impacto AISPED.

b. Características Económicas.

Cuando se examina la ocupación o fuente de ingreso principal, encontramos que la mayoría de los entrevistados se definen como agricultores (63,4%) de los cuales en el grupo control alcanza el 76,5%; el 17,8% de los entrevistados refiere dedicarse a la ganadería, y los que se dedican a su casa alcanza el 14,7% y un porcentaje mucho menor se dedica al comercio 2,7% y solamente el 1,8% se dedica a otros oficio como la minería, artesanía, empleado publico.

Tabla N° 23
Ocupación de los jefes de hogar por tipo de encuesta. DIRESA
Ayacucho 2009.

Ocupación o fuente de ingreso principal	Caso		Control		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Agricultura	64	52,0	78	76,5	142	63,1
Ganadería	28	22,8	12	11,8	40	17,8
Su casa	22	17,9	11	10,8	33	14,7
Comercio	5	4,1	1	1,0	6	2,7
Otro	4	3,3	0	0,0	4	1,8
Total	123	100,0	102	100,0	225	100,0

Fuente: Encuesta estudio de impacto AISPED.

La mayoría de los hogares (57,8%) tienen un ingreso promedio mensual menor de S/. 100.00 Nuevos soles, y solamente un 2,7% tiene un ingreso promedio familiar superior a la remuneración mínima vital vigente en el año 2009, que fue de 550.00 Nuevos soles.

Tabla N° 24.
Distribución porcentual del ingreso promedio familiar. DIRESA
Ayacucho 2009

Ingreso promedio mensual familiar.	TOTAL	
	Nº	%
Menor a S/. 100.00	130	57,8
De S/. 100.00 a 249.00	55	24,4
De S/. 250.00 a 399.00	26	11,6
De S/. 400.00 a 550.00	8	3,6
Mayor de S/. 550.00	6	2,7

Fuente: Encuesta estudio de impacto AISPED.

Con respecto a las familias beneficiarias de algún programa social, el 91,1% de los entrevistados afirmó ser beneficiario de algún programa

social y solamente el 8,9% indicó no ser beneficiario de ningún programa social. El porcentaje de quienes son beneficiarios de algún programa social es mayor en el grupo caso que alcanza el 97,6%, mientras que quienes no son beneficiarios de algún programa social es mayor en el grupo control hasta en un 16,7%. Este hecho nos indica que desde la Estrategia de AISPED se ha promovido en alguna medida la participación de la población en algún programa social.

Tabla N° 25

Distribución porcentual de Familias Beneficiarias de algún Programa Social, según tipo de encuesta. DIRESA Ayacucho 2009.

Beneficiario de programas sociales	Caso		Control		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	120	97,6	85	83,3	205	91,1
No	3	2,4	17	16,7	20	8,9
Total	123	100,0	102	100,0	225	100,0

Fuente: Encuesta estudio de impacto AISPED.

Del total de beneficiarios de algún programa social (205) tanto en el grupo caso (120) y grupo control (85), el mismo que se hace referencia en el cuadro anterior; en su mayoría afirmaron ser beneficiarios de Programa Vaso de Leche (79%) y el Programa JUNTOS (75,1%). Asimismo refirieron ser beneficiarios de Comedores populares el 14,1% y de PAN TBC el 3,4%.

Es necesario mencionar que, históricamente los programas de apoyo alimentario administrados por el PRONAA han tenido como objetivo central elevar el nivel nutricional de la población en extrema pobreza y vulnerabilidad y contribuir a la seguridad alimentaria en el país. Es por ese motivo que en el presente estudio, algunas madres entrevistadas han referido al PRONAA como un programa social más del cual son beneficiarios.

En la actualidad se encuentra en proceso de articulación los programas sociales, es así que el Programa Integral de Nutrición (PIN) del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, nace de la fusión de 6 programas nutricionales: CEIs y PRONOEIs, Programa de Alimentación Complementaria para Grupos en Mayor Riesgo

(PACFO), Almuerzos Escolares, Desayuno Escolar, Comedores Infantiles y Programa de Alimentación y Nutrición de la Familia en Alto Riesgo (PANFAR) que había operado PRONAA en forma independiente entre 1995 y el 2006. La fusión obedeció a una evaluación independiente que señaló duplicidad en cuanto a población beneficiaria, tipo de intervención y zonas de cobertura⁴³.

Tabla N° 26.

Distribución porcentual de Familias Beneficiarias de algún Tipo Programa Social, según tipo de encuesta. DIRESA Ayacucho 2009.

Tipo de programa social	Caso		Control		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
JUNTOS	80	66,7	74	87,1	154	75,1
PRONAA	26	21,7	8	9,4	34	16,6
Vaso de leche	89	74,2	73	85,9	162	79,0
Comedor popular	27	22,5	2	2,4	29	14,1
PAN TBC	2	1,7	5	5,9	7	3,4
Otros	0	0,0	3	3,5	3	1,5

Fuente: Encuesta estudio de impacto AISPED.

Según el PACD⁴⁴, en el año 2001 se encontraba vigente el seguro escolar gratuito y seguro materno infantil, en el primer caso, solamente el 57,6% de los encuestados manifestaba hacer uso, y el 7,9% hacía uso parcialmente porque compraba medicamentos, y un 34,5% no hacía uso de este seguro; en cuanto al seguro materno infantil que era una condición necesaria de las gestante, muestra que el 67,6% hacían uso del este seguro, el 14,7% parcialmente y el 17,6% no hacía uso. Respecto al tipo de seguro, el 84,8% contaba con el Seguro Escolar Gratuito, el 6,7% Seguro Materno Infantil, el 7,9% EsSalud y el 0,6% otros seguros.

Según INEI⁴⁵, en el año 2009, la población que cuenta con al menos un seguro de salud se incrementó de manera significativa,

⁴³ Decreto Supremo N° 004-2007-MINDES y R.D. 395-2006-MIMDES-PRONAA/DE

⁴⁴ MINSA. Proyecto de Atención en Salud a Comunidades Dispersas –PACD. La demanda y oferta de servicios de salud en el ámbito de intervención del Proyecto de Atención en Salud en Comunidades Dispersas (PACD). Provincias de Cangallo, Vilcashuamán y Víctor Fajardo. Ayacucho 2001.

⁴⁵ Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI. Informe Técnico: Evolución de la Pobreza al 2009. Lima mayo 2010.

principalmente entre los pobres y pobres extremos. Así, el 68,1% de la población pobre y el 75,2% de los pobres extremos tenían seguro de salud, en el caso de la población no pobre fue el 57,9%.

En el presente estudio, al indagar sobre el tipo de seguro con que cuenta los entrevistados o algún miembro de su familia, el 97,8% refirió tener el seguro integral de salud y solamente el 1.3% refiere estar asegurado en ESSALUD, es importante tener en cuenta que en algunos casos, pese a tener otro tipo de seguro como el de EsSalud, estas personas no hacen uso de este servicio por encontrarse en poblaciones alejadas en donde no hay presencia de establecimiento de Essalud, por lo que también optan como única opción la atención en los establecimientos de salud.

Tabla N° 27

Tipo de Seguro con el que cuenta los entrevistados o algún miembro de su familia según tipo de encuesta. DIRESA Ayacucho 2009.

Tipo de seguro con que cuenta	Caso		Control		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
SIS	118	95,9	102	100,0	220	97,8
ESSALUD	3	2,4	0	0,0	3	1,3
No cuenta	1	0,8	0	0,0	1	0,4
Otro	1	0,8	0	0,0	1	0,4
Total	123	100,0	102	100,0	225	100,0

Fuente: Encuesta estudio de impacto AISPED.

De manera general, al realizar el análisis desde el lado de la demanda podemos mencionar que las barreras socio económicas y culturales están determinadas por las características de las poblaciones excluidas y dispersas que presentan condiciones inadecuadas de vivienda observándose que el 51,6% viven solamente entre una a dos habitaciones, y considerando que el 64% tiene de tres a más hijos, la relación entre el número de habitantes y el espacio físico resulta insuficiente produciéndose un hacinamiento; en cuanto a los escasos ingresos económicos, se observa que en la mayoría de los hogares (57,8%) tienen un ingreso promedio mensual menor de S/. 100.00 nuevos soles y solamente un 2,7% tiene un ingreso promedio familiar superior a la remuneración mínima vital vigente en el año 2009, que

fue de 550.00 Nuevos soles; respecto al difícil acceso geográfico se encontró un total de 533 comunidades excluidas y dispersas, de las cuales 429 se encuentra en el rango de 3 a 6 horas y 104 se encuentra de 6 a más horas de distancia para acceder a los servicios de salud; siendo la cobertura mediante los 13 Equipos AISPED a diciembre del 2009 solamente a un total de 180 comunidades, que hacen en promedio de 38,8% del total de comunidades consideradas excluidas y dispersas para la Región Ayacucho; y finalmente el bajo nivel educativo se evidencia al encontrar el mayor porcentaje de entrevistados (70,2%) con grado de instrucción primaria y el 9,8% no tiene ningún grado de instrucción.

4.2. Evaluación de Impacto.

Para la medición del impacto, el estudio se basó en la metodología propuesta por Abdalá⁴⁶; descrito en el capítulo III: Metodología.

4.2.1. Evaluación de Impacto del acceso a los Servicios de Salud.

La evaluación de impacto en el acceso a los servicios de salud, se ha realizado a través del análisis de la comparación del grupo caso y control teniendo en cuenta los indicadores de las prioridades sanitarias regionales y los programas estratégicos. Considerando dentro de la salud sexual y reproductiva: el control prenatal y el acceso a métodos de planificación familiar; en salud del niño: vacunación según calendario, control CRED según calendario, acceso a la atención de niños con IRA y EDA, y estilos de vida saludable; en salud mental se consideró el tamizaje en salud mental.

a. Evaluación de Impacto del acceso a la Salud Sexual y Reproductiva.

La calidad de vida y la salud de las personas están en gran medida influenciadas por sus conductas y comportamientos en la esfera

⁴⁶ Ernesto Abdalá. Medición de Impacto. Capítulo 3. Pág. 47.

sexual y reproductiva, por lo tanto en el marco de la Atención Integral de Salud, la salud sexual y reproductiva constituye un elemento clave para mejorar la calidad de vida de las personas.

La salud sexual y reproductiva está íntimamente ligadas y son interdependientes. Con esta perspectiva ***la salud reproductiva se define como el estado general de bienestar físico, mental y social de las personas y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en la esfera sexual y reproductiva. La Salud Reproductiva incluye la capacidad de las personas para tener una vida sexual segura y satisfactoria y para reproducirse, y la libertad para decidir cuando, como y con que frecuencia hacerlo.*** Este concepto implica el ejercicio de una sexualidad responsable, basada en relaciones de igualdad y equidad entre los sexos, el pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano y la voluntad de asumir la responsabilidad por las consecuencias de la conducta sexual⁴⁷.

La salud sexual y reproductiva tiene un enfoque integral, que abarca todo el ciclo de vida de las personas (niño, adolescente, adulto y adulto mayor). Para alcanzarla y conservarla se requiere de acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación específicas y diferenciadas durante cada una de las etapas del ciclo de vida de las personas, debido a que las necesidades en el área sexual y reproductiva son cambiantes durante todo el ciclo de vida. El concepto lleva implícito el derecho que tienen todas las personas de adoptar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva y a que sus decisiones sean respetadas sin discriminación alguna⁴⁸.

Evaluación de Impacto del acceso a Control Prenatal.

La atención prenatal es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la

⁴⁷ Ministerio de Salud. Lima – Perú 2004. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.

⁴⁸ Ibídem.

madre. Considerar que todo embarazo es potencialmente de riesgo⁴⁹. Siendo el objetivo primordial de la atención prenatal, evaluar integralmente a la gestante y al feto para prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.

La atención prenatal debe iniciarse lo más temprano posible, debiendo ser periódica, continua e integral. Desde el año 2004, se considera como mínimo que una gestante reciba 6 atenciones prenatales para considerar gestante controlada. Sin embargo antes de ese año se consideraba como mínimo 4 controles para gestantes de bajo riesgo y 6 controles para gestantes de alto riesgo.

Según ENDES, la proporción de gestantes que en el último nacimiento recibieron seis o más controles prenatales en el ámbito del programa JUNTOS a nivel nacional, para el año 2000 fue del 24,4%, en el año 2007 alcanzó 66% y en el año 2009 fue de 75.8%. Para la Región Ayacucho la proporción de gestantes que en el último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta, recibieron 6 ó más controles prenatales, en el año 2000 fue de 33,2%, a junio del año 2007 fue de 75,6% y en el año 2009 alcanzó el 81,5%.

Según el PACD⁵⁰ en el año 2001, respecto a las gestantes que recibieron control prenatal en el ámbito de estudio, el 32,3% tenían entre 5 a 6 controles y solamente el 19,4 % tenía más de 6 controles prenatales. Aclarando que en aquella oportunidad se la consideraba como meta cuatro controles como mínimo para gestantes de bajo riesgo y seis controles para gestantes de alto riesgo.

Si examinamos el impacto antes y después, es decir el impacto absoluto entre los años 2001 y 2009, en la Región Ayacucho, el acceso de las madres que han recibido mayor de 6 controles prenatales durante el embarazo de su último hijo se ha incrementado en 16,4%, ello no solamente podríamos atribuir sólo a la intervención

⁴⁹ Ministerio de Salud. Lima – Perú 2004. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.

⁵⁰ MINSA. Proyecto de Atención en Salud a Comunidades Dispersas –PACD. La demanda y oferta de servicios de salud en el ámbito de intervención del Proyecto de Atención en Salud en Comunidades Dispersas (PACD). Provincias de Cangallo, Vilcashuamán y Víctor Fajardo. Ayacucho 2001.

de los equipos AISPED, pues como señalamos han existido otras intervenciones en la zona, por ello se examina también el impacto en el mismo periodo en el grupo control, que indican que el acceso se ha incrementado en 11%.

Aplicando la doble diferencia, encontramos que el impacto neto de la intervención sobre el acceso de las madres que han recibido mayor de 6 controles prenatales durante el embarazo de su último hijo en el ámbito de las poblaciones excluidas y dispersas, se logró incrementar en 5,4% como impacto neto (Ver Anexo N°1).

En la medida del impacto sobre el acceso a control prenatal, según diferencias porcentuales, se encontró que las madres que han recibido mayor de seis controles prenatales durante el embarazo de su último hijo es de 35,8% en el grupo de intervenidos, respecto de un 30,4% en el grupo control. La diferencia porcentual de madres que han recibido mayor de seis controles prenatales durante el embarazo de su último hijo, muestra al momento de la evaluación un impacto positivo de 18% (+ 0,18), en el grupo de intervención respecto al grupo control (Ver Tabla N° 28).

Tabla N° 28

Medida del Impacto sobre Acceso a control prenatal, según diferencias porcentuales entre intervenidos y grupo control. DIRESA Ayacucho 2009.

Variables		Grupo de Intervenidos		Grupo Control		Porcentaje de variación
		Cantidad de Familias	%	Cantidad de Familias	%	
Número	-	123	100,0	102	100,0	
Madres que han recibido mayor de 6 CPN durante el embarazo de su último hijo.	-	44	35,8	31	30,4	0,18
Nivel de instrucción del entrevistado	Ninguno	2	1,6	2	2,0	-0,17
	Primaria	31	25,2	20	19,6	0,29
	Secundaria	11	8,9	9	8,8	0,01
	Superior	0	0,0	0	0,0	-
	Total	44	35,8	31	30,4	0,18
Idioma	Quechua y Castellano	41	33,3	29	28,4	0,17
	Solo quechua	3	2,4	2	2,0	0,24
	Solo Castellano	0	0,0	0	0,0	-
	Total	44	35,8	31	30,4	0,18
Beneficiario de algún programa social	Si	43	35,0	30	29,4	0,19
	No	1	0,8	1	1,0	-0,17
	Total	44	35,8	31	30,4	0,18
Ocupación	Agricultura	27	22,0	25	24,5	-0,10
	Ganadería	10	8,1	3	2,9	1,76
	Su casa	5	4,1	3	2,9	0,38
	Comercio	1	0,8	0	0,0	0,8
	Otro	1	0,8	0	0,0	0,8
	Total	44	35,8	31	30,4	0,18

Fuente: elaboración propia en base a la encuesta aplicada.

Presentó un impacto positivo en los niveles de instrucción primaria y secundaria, siendo mayor en el nivel de instrucción primaria 29% (+ 0,29); y un impacto negativo en quienes no tienen ningún nivel educativo de – 17% (- 0,17).

Un impacto positivo en quienes hablan las dos lenguas quechua y castellano, asimismo en quienes hablan solamente quechua, alcanzando el 17% (+ 0,17) y 24% (+ 0,24) respectivamente.

Presentó un impacto positivo en quienes son beneficiarios de programas sociales de un 19% (+ 0,19) y un impacto negativo en los no beneficiarios.

Impacto positivo en quienes tienen como ocupación o fuente de ingreso principal la ganadería de 176% (+ 1,76); y en quienes se dedican solamente a su casa de 38% (+ 0,38). Presentando un impacto negativo en quienes se dedican a la agricultura – 10% (- 0,10).

Evaluación de impacto del acceso a métodos de planificación familiar.

La Planificación Familiar es una estrategia fundamental en el logro de la salud sexual y reproductiva del país. Este proceso es desarrollado por el Ministerio de Salud a través de la oferta integrada de los servicios y la entrega de los métodos anticonceptivos a fin de satisfacer la demanda de la población, mejorando la calidad de vida y la salud de las personas.

Estas acciones son importantes porque permiten reducir los índices de muertes maternas ya que al poder planificar su familia en forma adecuada, las mujeres podrán reducir los embarazos riesgosos y diferir la gestación hasta encontrarse en condiciones adecuadas de salud.

Su labor se basa en el fomento del ejercicio de una sexualidad responsable, basada en relaciones de igualdad y equidad entre los sexos, así como el pleno respecto de la integridad física del ser humano, en el marco de una reducción de la muerte materna.

Según los resultados de la ENDES 2004, se ha registrado una disminución de la fecundidad del 2,9 (2000) a 2,4 (2004) para el nivel nacional, a expensas de la población rural, que ha disminuido de 4,3 a 3,6 hijos por mujer, mientras que en el área urbana solo ha descendido de 2,2 a 2 hijos por mujer. Sin embargo, el análisis de la prevalencia de anticonceptivos nos muestra que ha habido una disminución del uso de métodos modernos, con un incremento importante del uso de métodos tradicionales (de 18 22% de mujeres

casadas/unidas). Por lo tanto, es preciso resaltar las brechas que aún existen entre las poblaciones urbanas y rurales y contrastar estas cifras con la situación de pobreza, la falta de accesibilidad a servicios de calidad y los altos índices de morbilidad y mortalidad materna que aún ostentan las mujeres de las poblaciones excluidas y dispersas.

Según ENDES⁵¹, la Tasa Global de Fecundidad para el departamento de Ayacucho, en el año 2000 fue de 4,2 hijos por mujer, a junio del año 2007 fue de 3,5 y para el año 2009 fue de 3,2 hijos por mujer. Mientras que la proporción de mujeres en unión que usa actualmente algún método de planificación familiar, en el departamento de Ayacucho, en el año 2000 fue de 55,4%, para junio del 2007 fue de 71,8% y para el año 2009 fue de 69%.

Según el PACD⁵², en el año 2001 el 54,5% no usaba ningún método, el 19,6% usaba los inyectables, el 12,8% el método natural, el 5,1% ligadura de trompas, el 4,7% usaba píldoras y el 3,4% usaban espumas/óvulos.

Aplicando la doble diferencia, encontramos que el impacto neto de la intervención sobre las parejas que acceden a algún método de planificación familiar en el ámbito de las poblaciones excluidas y dispersas, es de un impacto negativo de hasta -21,5%, como impacto neto. (Ver Anexo N°1).

En la medida del impacto sobre el acceso a métodos de planificación familiar, se encontró que las parejas que acceden a algún método de planificación familiar alcanzan el 52% en el grupo de intervención y 73,5% en el grupo control. La diferencia porcentual de madres que tienen acceso a algún método de planificación familiar muestra al momento de la evaluación, un impacto negativo de -29% (- 0,29), en el grupo de intervención respecto al grupo control. (Ver Tabla N° 29)

⁵¹ Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES. Lima 2010. Indicadores de Resultado Identificados en los Programas Estratégicos (2000 – 1er. Semestre 2010)

⁵² MINSA. Proyecto de Atención en Salud a Comunidades Dispersas –PACD. La demanda y oferta de servicios de salud en el ámbito de intervención del Proyecto de Atención en Salud en Comunidades Dispersas (PACD). Provincias de Cangallo, Vilcashuamán y Víctor Fajardo. Ayacucho 2001.

Tabla N° 29

**Medida del Impacto sobre Acceso a métodos de Planificación Familiar,
según diferencias porcentuales entre intervenidos y grupo control.
DIRESA Ayacucho 2009.**

Variables		Grupo de Intervenidos		Grupo Control		Porcentaje de variación
		Cantidad de familias	%	Cantidad de familias	%	
Número	-	123	100,0	102	100,0	
Parejas que acceden algún método de planificación familiar		64	52,0	75	73,5	-0,29
Nivel de instrucción	Ninguno	3	2,4	6	5,9	-0,59
	Primaria	42	34,1	55	53,9	-0,37
	Secundaria	18	14,6	12	11,8	0,24
	Superior	1	0,8	2	2,0	-0,59
	Total	64	52,0	75	73,5	-0,29
Idioma	Quechua y Castellano	61	49,6	67	65,7	-0,24
	Solo quechua	3	2,4	8	7,8	-0,69
	Solo Castellano	0	0,0	0	0,0	-
	Total	64	52,0	75	73,5	-0,29
Beneficiario de algún programa social	Si	63	51,2	62	60,8	-0,16
	No	1	0,8	13	12,7	-0,94
	Total	64	52,0	75	73,5	-0,29
Ocupación o fuente de ingreso principal	Agricultura	34	27,6	59	57,8	-0,52
	Ganadería	14	11,4	8	7,8	0,45
	Su casa	9	7,3	7	6,9	0,07
	Comercio	4	3,3	1	1,0	2,32
	Otro	3	2,4	0	0,0	2,4
	Total	64	52,0	75	73,5	-0,29

Fuente: elaboración propia en base a la encuesta aplicada.

Presentó un impacto positivo solamente en entrevistados con nivel de instrucción secundaria con una diferencia porcentual de hasta 24% (+ 0,24).

Impacto positivo en quienes tienen como ocupación o fuente de ingreso principal la ganadería de 45% (+ 0,45); y en quienes se dedican solamente a su casa de 7% (+ 0,07%).

Presentando un impacto negativo en el resto de las variables e indicadores, siendo el más relevante en quienes no tiene ningún nivel de instrucción que alcanza hasta un – 59% (- 0,59), en quienes solamente hablan el idioma quechua – 69% (- 0,69) y en quienes se dedican a la agricultura que alcanza el – 52% (- 0,52).

Conclusiones del Impacto sobre Acceso a la Salud Sexual y Reproductiva.

En el acceso al control prenatal la diferencia porcentual global muestra un impacto positivo en el grupo de intervención respecto al grupo control. Mientras que en el acceso a métodos de planificación familiar el impacto es negativo, lo que puede atribuirse a la limitada disponibilidad de método anticonceptivos que generalmente se restringe a la oferta fija, el otro motivo puede ser la débil coordinación entre la oferta fija y la oferta con los equipos AISPED.

El nivel de instrucción de las madres es importante para alcanzar un impacto positivo tanto en el acceso al control prenatal así como en el acceso a métodos de planificación familiar. La atención de salud con enfoque intercultural es muy importante sobre todo relacionado al idioma.

Pertenecer a un programa social sobre todo si ésta es condicionada, tiene efectos positivos para el acceso de las madres al control prenatal, pero no necesariamente para el acceso a métodos de planificación familiar.

La ocupación igualmente es determinante para producir un impacto positivo, tal es así que la ocupación a la ganadería y la dedicación a su casa son los que producen impacto positivo tanto en el acceso al control prenatal y a la planificación familiar.

b. Evaluación de Impacto del acceso a la atención Integral de salud del niño.

El Modelo de Atención Integral de Salud Ayacucho⁵³, dentro del componente de prestación, contempla los paquetes de atención integral de salud que viene ha ser la provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, como respuesta a las

⁵³ Equipo Técnico DIRESA Ayacucho. Manual para la Operativización del Componente Prestacional del Modelo de Atención de Salud Ayacucho. Resolución Directoral N° 0728-2005-GR-AYAC/DRS-OP. Ayacucho Perú 2005.

necesidades de salud de las personas, familias, comunidades y su entorno.

Los paquetes de atención integral de salud están dados de acuerdo a las etapas de vida. El paquete de atención integral de salud del niño está comprendido entre los 0 a 9 años, 11 meses y 29 días; e incluye actividades de promoción, atención preventiva, recuperativa y la referencia y contrarreferencia. Entre estas actividades, se encuentran las inmunizaciones, control de crecimiento y desarrollo – CRED, atención de enfermedades prevalentes de la infancia (IRA, EDA), asimismo la educación sobre estilos de vida saludables.

Evaluación de Impacto del acceso a vacunación según calendario.

Según el MINSA⁵⁴, la prevención de las enfermedades infecciosas durante la niñez, mediante las vacunas constituye uno de los aspectos de mayor importancia en la prevención de las patologías y promoción de la salud. Asimismo indica que las inmunizaciones se realizarán siguiendo estrictamente el esquema nacional de vacunación establecido por el MINSA.

Para obtener un buen resultado de la vacunación es fundamental que los servicios de salud garanticen que el personal responsable conozca los aspectos básicos de las sustancias biológicas que maneja y estén adecuadamente informados sobre la dosis, vías de administración, interacciones, indicaciones y contraindicaciones; aparte de garantizar con los aspectos logísticos y la cadena de frío.

Según ENDES, la proporción de menores de 36 meses con vacunas básicas completas para su edad en el departamento de Ayacucho, en el año 2007 fue de 59,3% y en el año 2009 alcanzó el 60,6%.

Aplicando la doble diferencia, encontramos que el impacto neto de la intervención sobre niños menores de 5 años que acceden a la

⁵⁴ Ministerio de Salud – MINSA. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño. Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA, del 20 de marzo del 2006.

vacunación según calendario es de un impacto positivo de 3,8% (Ver Anexo N°1).

La medida del impacto, sobre el acceso a la vacunación según calendario, de acuerdo al método de diferencial porcentual, muestra que los niños menores de 5 años que acceden a la vacunación según calendario alcanza el 72,4% en el grupo de intervenidos y el 68,6% en el grupo control. La diferencia porcentual de niños menores de 5 años que acceden a vacunación según calendario, muestra al momento de la evaluación un impacto positivo solamente de 5% (+ 0,05). (Ver Tabla N° 30).

Tabla N° 30

Medida del Impacto sobre Acceso a Vacunación según Calendario, diferencias porcentuales entre intervenidos y grupo control. DIRESA Ayacucho 2009.

Variables		Grupo de Intervenidos		Grupo Control		Porcentaje de variación
		Cantidad de familias	%	Cantidad de familias	%	
Número	-	123	100,0	102	100,0	
Niños menores de 5 años que acceden a vacunación según calendario		89	72,4	70	68,6	0,05
Nivel de instrucción	Ninguno	4	3,3	10	9,8	-0,67
	Primaria	63	51,2	51	50,0	0,02
	Secundaria	22	17,9	9	8,8	1,03
	Superior	0	0,0	0	0,0	0
	Total	89	72,4	70	68,6	0,05
Idioma	Quechua y Castellano	81	65,9	59	57,8	0,14
	Solo quechua	8	6,5	11	10,8	-0,40
	Solo Castellano	0	0,0	0	0,0	0
	Total	89	72,4	70	68,6	0,05
Beneficiario de algún programa social	Si	87	70,7	64	62,7	0,13
	No	2	1,6	6	5,9	-0,72
	Total	89	72,4	70	68,6	0,05
Ocupación o fuente de ingreso principal	Agricultura	45	36,6	53	52,0	-0,30
	Ganadería	22	17,9	8	7,8	1,28
	Su casa	17	13,8	8	7,8	0,76
	Comercio	4	3,3	1	1,0	2,32
	Otro	1	0,8	0	0,0	0,8
	Total	89	72,4	70	68,6	0,05

Fuente: elaboración propia en base a la encuesta aplicada.

Presenta un impacto positivo en los entrevistados con nivel de instrucción primaria y secundaria, siendo mayor en el nivel de instrucción secundaria de 103% (+ 1,03); y un impacto negativo en quienes no tienen ningún nivel educativo de - 67% (- 0,67).

Un impacto positivo en quienes hablan las dos lenguas quechua y castellano de 14% (+ 0,14) y un impacto negativo en quienes hablan solamente quechua, alcanzando - 40% (- 0,40).

Presentó un impacto positivo en quienes son beneficiarios de programas sociales de un 13% (+ 0,13), sin embargo es mayor el impacto negativo en quienes no son beneficiarios de programas sociales de hasta - 72% (- 0,72).

Impacto positivo en quienes tienen como ocupación la ganadería de hasta 128% (+ 1,28) y en quienes se dedican a su casa de 76% (+0,76). Y un impacto negativo de 30% (-0,30) en quienes se dedican a la agricultura.

Evaluación de Impacto del acceso a control de crecimiento y desarrollo según calendario.

El control de crecimiento y desarrollo, son un conjunto de intervenciones, procedimiento y actividades dirigidas a las niñas y niños menores de diez años, con el fin de tener una vigilancia adecuada de la evolución de su crecimiento y desarrollo, que incluye la maduración de las funciones neurológicas, la detección temprana de cambios ó riesgos en su estado de salud, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico y tratamiento, y de esta manera reducir la duración de la alteración, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte.

Según ENDES, la proporción de niños menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo (CRED) completo para su edad, en el departamento de Ayacucho; para el año 2007 fue de 19,5% y en el año 2009 fue de 42,3%.

Aplicando la doble diferencia, encontramos que el impacto neto de la intervención sobre niños menores de 5 años que acceden al control

de CRED según calendario es de un impacto positivo de 14,9%. (Ver Anexo N°1).

En la medida del impacto, según la diferencia porcentual, se puede observar que los niños menores de 5 años que acceden al control de crecimiento y desarrollo según calendario, el 65,9% corresponde al grupo de intervención y el 51% corresponde al grupo control. La diferencia porcentual de niños menores de 5 años que acceden al Control de Crecimiento y Desarrollo según calendario, muestra al momento de la evaluación un impacto positivo de 29% (+ 0,29). (Ver Tabla N° 31).

Tabla N° 31

Medida del Impacto sobre Acceso a control CRED según calendario, diferencias porcentuales entre intervenidos y grupo control. DIRESA Ayacucho 2009.

Variables		Grupo de Intervenidos		Grupo Control		Porcentaje de variación
		Cantidad de familias	%	Cantidad de familias	%	
Número	-	123	100,0	102	100,0	
Niños menores de 5 años que acceden a control CRED según calendario		81	65,9	52	51,0	0,29
Nivel de instrucción	Ninguno	3	2,4	8	7,8	-0,69
	Primaria	56	45,5	37	36,3	0,26
	Secundaria	22	17,9	7	6,9	1,61
	Superior	0	0,0	0	0,0	0
	Total	81	65,9	52	51,0	0,29
Idioma	Quechua y Castellano	73	59,3	42	41,2	0,44
	Solo quechua	8	6,5	10	9,8	-0,34
	Solo Castellano	0	0,0	0	0,0	0
	Total	81	65,9	52	51,0	0,29
Beneficiario de algún programa social	Si	78	63,4	46	45,1	0,41
	No	3	2,4	6	5,9	-0,59
	Total	81	65,9	52	51,0	0,29
Ocupación o fuente de ingreso principal	Agricultura	40	32,5	39	38,2	-0,15
	Ganadería	19	15,4	4	3,9	2,94
	Su casa	16	13,0	8	7,8	0,66
	Comercio	5	4,1	1	1,0	3,15
	Otro	1	0,8	0	0,0	0,8
	Total	81	65,9	52	51,0	0,29

Fuente: elaboración propia en base a la encuesta aplicada.

Presenta un impacto positivo en los entrevistados con nivel de instrucción primaria y secundaria siendo mucho mayor en este último con 161% (+ 1,61); y un impacto negativo en quienes no tienen ningún nivel educativo de - 69% (- 0,69).

Un impacto positivo en quienes hablan las dos lenguas quechua y castellano de 44% (+ 0,44) y un impacto negativo en quienes hablan solamente quechua, alcanzando -34% (- 0,34).

Presentó un impacto positivo en quienes son beneficiarios de algún programa social de un 41% (+ 0,41), sin embargo es mayor el impacto negativo en quienes no son beneficiarios de programas sociales de hasta - 59% (- 0,59).

Impacto positivo en quienes tienen como ocupación la ganadería de hasta 294% (+ 2,94) y en quienes se dedican a su casa de 66% (+0,66). Y un impacto negativo de -15% (-0,15) en quienes se dedican a la agricultura.

Evaluación de Impacto del acceso a la atención de salud en casos de IRA y EDA.

La salud integral de la infancia requiere no sólo fomentar condiciones de vida favorables para su crecimiento y desarrollo, sino también garantizar que las niñas y los niños se beneficien con las medidas de prevención y tratamiento disponibles que los mantendrán libres de muchas enfermedades como las infecciones respiratorias agudas (IRA) y las enfermedades diarreicas agudas (EDAS) que, aún cuando éstas ocurran, evitarán su agravamiento y riesgo de muerte.

Según ENDES, la proporción de menores de 36 meses que en las dos últimas semanas anteriores a la encuesta tuvieron IRA, en el departamento de Ayacucho, para el año 2000 fue de 18%, en el año 2007 hubo una ligera alza alcanzando el 20,9% y en el año 2009 disminuyó a 14,8%.

Según el INEI, los datos de la población que accedía a los servicios de salud por edad y región natural en el año 1998, indican que en la región sierra los menores de 5 años que accedían a los servicios de salud fue de 15,4%

Aplicando la doble diferencia, encontramos que el impacto neto de la intervención sobre niños menores de 5 años que acceden a la atención en caso de IRA y EDA es de 0,5%, como impacto neto (Ver Anexo N°1).

Según la medida del impacto sobre el acceso a la atención de salud en caso de IRA y EDA, se observa que los niños menores de 5 años que acceden a la atención en salud en casos de IRA y EDA en las poblaciones excluidas y dispersas es de el 59,3% para el grupo de intervenidos y de 58,8% para el grupo control. La diferencia porcentual de niños menores de 5 años que acceden a la atención de salud en casos de Infecciones Respiratorias Agudas - IRA y Enfermedad Diarreica Aguda - EDA, muestra al momento de la evaluación un impacto positivo de solamente 1% (+ 0,01). (Ver Tabla N° 32)

Tabla N° 32

Medida del Impacto sobre Acceso a la atención de salud en caso de IRA y EDA, según diferencias porcentuales entre intervenidos y grupo control. DIRESA Ayacucho 2009.

Variables		Grupo de Intervenidos		Grupo Control		Porcentaje de variación
		Cantidad de familias	%	Cantidad de familias	%	
Número	-	123	100,0	102	100,0	
Niños menores de 5 años que acceden a la atención de salud en IRA Y EDA		73	59,3	60	58,8	0,01
Nivel de instrucción	Ninguno	5	4,1	7	6,9	-0,41
	Primaria	56	45,5	44	43,1	0,06
	Secundaria	11	8,9	9	8,8	0,01
	Superior	1	0,8	0	0,0	0,8
	Total	73	59,3	60	58,8	0,01
Idioma	Quechua y Castellano	64	52,0	51	50,0	0,04
	Solo quechua	9	7,3	9	8,8	-0,17
	Solo Castellano	0	0,0	0	0,0	0
	Total	73	59,3	60	58,8	0,01
Beneficiario de algún programa social	Si	72	58,5	56	54,9	0,07
	No	1	0,8	4	3,9	-0,79
	Total	73	59,3	60	58,8	0,01
Ocupación o fuente de ingreso principal	Agricultura	39	31,7	47	46,1	-0,31
	Ganadería	16	13,0	7	6,9	0,90
	Su casa	16	13,0	5	4,9	1,65

Variables		Grupo de Intervenidos		Grupo Control		Porcentaje de variación
		Cantidad de familias	%	Cantidad de familias	%	
	Comercio	1	0,8	1	1,0	-0,17
	Otro	1	0,8	0	0,0	0,8
	Total	73	59,3	60	58,8	0,01

Fuente: elaboración propia en base a la encuesta aplicada.

Presentó un impacto positivo en los entrevistados con nivel de instrucción primaria, secundaria y superior pero es muy ligero y sin embargo el impacto negativo es mayor en los que no tienen ningún grado de instrucción que alcanza el -41% (-0,41).

Un impacto negativo en quienes hablan solamente quechua, alcanzando el -17% (-0,17).

Presentó un impacto positivo en quienes son beneficiarios de algún programa social solamente de 7% (+ 0,07), sin embargo es mayor el impacto negativo en quienes no son beneficiarios de programas sociales de hasta -79% (- 0,79).

Impacto positivo en quienes tienen como ocupación la ganadería de hasta 90% (+0,90) y en quienes se dedican a su casa de 165% (+1,65); y un impacto negativo de -31% (-0,31) en quienes se dedican a la agricultura.

Evaluación de Impacto sobre estilos de vida que practican los hogares.

La promoción de la salud consiste en el desarrollo de capacidades de las personas para el auto cuidado de la salud y el mejoramiento de sus condiciones de vida. Involucra a personas, familias y comunidades en un proceso de cambio orientado a modificar los determinantes de la salud: sociales, ambientales y económicos.

El programa de familias y viviendas saludables, a través de acciones integradas, busca incentivar hábitos que generen comportamientos saludables entre los miembros de una familia. Así como mecanismos de prevención, buscando que el grupo familiar genere capacidades en la mejora de sus condiciones y que la vivienda se ajuste a estándares locales y regionales compatibles con la salud.

Diversos estudios, señalan a las prácticas inadecuadas durante la introducción de la alimentación complementaria a partir de los seis meses de edad como una de las causas de la desnutrición. Entre estas prácticas están la lactancia materna exclusiva corta o demasiado prolongada, las papillas complementarias bajas en nutrientes, la baja frecuencia de comidas al día y las malas prácticas de higiene durante la alimentación de la niña o del niño⁵⁵, entre otros. Por lo que, para el presente estudio se ha tenido en cuenta la observación de comportamientos saludables que practican los hogares entrevistados (indicándose como prioritarias la lactancia materna, lavado de manos, uso de letrinas, combinación de alimentos, consumo de agua segura, entre otros), de los cuales se ha considerado la práctica de por lo menos tres para estimar como aceptables los mismo que han permitido la medición del impacto. La diferencia porcentual de hogares que practican por lo menos tres de los estilos de vida: Lactancia materna exclusiva, lavado de manos, uso de letrinas, combinación adecuada de alimentos, consumo de agua segura u otros; muestra al momento de la evaluación un impacto positivo de solamente 8% (+ 0,08). (Ver Tabla N° 33)

Tabla N° 33

Medida del Impacto sobre comportamientos saludables que practican los hogares, según diferencias porcentuales entre intervenidos y grupo control. DIRESA Ayacucho 2009.

Variables		Grupo de Intervenidos		Grupo Control		Porcentaje de variación
		Cantidad de familias	%	Cantidad de familias	%	
Número	-	123	100	102	100	
Hogares con niños menores de 5 años		95	77	79	77	
Hogares que practican por lo menos tres comportamiento saludables de las siguientes: Lactancia materna, lavado de manos, uso de letrinas, combinación de alimentos, consumo de agua segura, otros)		65	52,8	50	49,0	0,08

⁵⁵ MINSA, INS, CENAN. Lineamientos de Nutrición Infantil. Norma Técnica N° 010-MINSA/INS-V01 RM 610-2004 MINSA. Lima, 15 de junio del 2004.

Variables		Grupo de Intervenidos		Grupo Control		Porcentaje de variación
		Cantidad de familias	%	Cantidad de familias	%	
Nivel de instrucción del entrevistado	Ninguno	2	1,6	5	4,9	-0,67
	Primaria	44	35,8	39	38,2	-0,06
	Secudaria	17	13,8	6	5,9	1,35
	Superior	2	1,6	0	0,0	1,6
	Total	65	52,8	50	49,0	0,08
Idioma	Quechua y Castellano	60	48,8	42	41,2	0,18
	Solo quechua	5	4,1	8	7,8	-0,48
	Solo Castellano	0	0,0	0	0,0	0
	Total	65	52,8	50	49,0	0,08
Beneficiario de algún programa social	Si	62	50,4	45	44,1	0,14
	No	3	2,4	5	4,9	-0,50
	Total	65	52,8	50	49,0	0,08
Ocupación o fuente de ingreso principal	Agricultura	32	26,0	34	33,3	-0,22
	Ganadería	17	13,8	9	8,8	0,57
	Su casa	10	8,1	6	5,9	0,38
	Comercio	4	3,3	1	1,0	2,32
	Otro	2	1,6	0	0,0	1,6
	Total	65	52,8	50	49,0	0,08

Fuente: elaboración propia en base a la encuesta aplicada.

Presentó un impacto positivo en los entrevistados con nivel de instrucción primaria, secundaria y superior, siendo más notorio en quienes tienen nivel secundario con 135% (+1,35) y un impacto negativo en los que no tienen ningún grado de instrucción que alcanza el -67% (-0,67).

Un impacto positivo en quienes hablan los dos idiomas y negativo en quienes hablan solamente quechua, alcanzando el -48% (-0,48).

Presentó un impacto positivo en quienes son beneficiarios de algún programa social solo de 14% (+ 0,14), sin embargo es mayor el impacto negativo en quienes no son beneficiarios de programas sociales de hasta -50% (- 0,50).

Impacto positivo en quienes tienen como ocupación la ganadería de hasta 57% (+0,57) y en quienes se dedican a su casa de hasta 38% (+0,38). Y un impacto negativo de -22% (-0,22) en quienes se dedican a la agricultura.

Conclusiones del Impacto sobre Acceso a la Atención Integral de Salud del Niño.

En el acceso a la atención integral de salud del niño, la diferencia porcentual global muestra un impacto positivo en todos los indicadores (vacunación, control CRED, atención en casos de IRA y EDA, y los estilos de vida que practican); siendo mayor en los niños menores de 5 años que acceden al control CRED según calendario.

El nivel de instrucción de las madres es importante para alcanzar un impacto positivo en el acceso a la atención integral de salud del niño, pues quienes tienen nivel de instrucción primaria, secundaria y superior son los que muestra impacto positivo respecto a los que no tienen ningún grado de instrucción que presentan impacto negativo en todos los indicadores.

Hablar los dos idiomas (quechua y castellano), representa una mejor posibilidad para lograr impacto positivo respecto a los que hablan solamente el quechua.

Pertenecer a un programa social sobre todo si ésta es condicionada, tiene efectos positivos para el acceso a la atención integral de salud del niño.

La ocupación igualmente es determinante para producir un impacto positivo, tal es así que la ocupación a la ganadería, el comercio y la dedicación a su casa son los que producen impacto positivo en la atención integral de salud el niño mientras que, en quienes se dedican a la agricultura, generalmente se encuentra un impacto negativo.

c. Evaluación de Impacto del acceso a la Atención en salud Mental

Evaluación de Impacto del acceso a tamizaje en salud mental.

Desde una concepción integral, se considera la salud mental como un componente fundamental del desarrollo humano, que optimiza la productividad, empodera a la persona y genera ciudadanía; constituyendo un indicador de desarrollo de los países.

El Informe final de La CVR (2003), señala al conflicto armado interno que sufrió la Región de Ayacucho como la más grave de nuestra Historia Republicana. Los porcentajes de casos de tortura, violación sexual estuvieron localizados en ayacucho, hecho que ha dejado secuelas muy profundas en todos los planos de la vida a nivel regional, el miedo y la desconfianza, el sufrimiento extremo ha causado resentimiento y a teñido de recelo y violencia la convivencia social y las relaciones interpersonales.

Esta situación trajo como consecuencia, los problemas más frecuentes de salud mental son depresión, ansiedad, pandillaje, violencia familiar, alcoholismo, consumo de alcohol y otras drogas. Los factores que ocasionan es el desempleo, la insatisfacción de sus necesidades básicas, frustraciones frecuentes, baja autoestima, decisiones políticas desiguales e inequitativas, entre otras.

El Sector Salud, desde la oferta fija y móvil, asimismo organismos cooperantes han intervenido en los aspectos preventivos promocionales y recuperativos con muchas limitaciones.

Dentro de ello, uno de los indicadores claves, que permitió medir los avances en salud mental, fueron las entrevistas de tamizaje a través de instrumentos validados, los mismos que están orientados a la identificación de algún problemas de salud mental, esto como paso previo a la atención propiamente del problema detectado en salud mental. Es importante señalar que la estrategia nacional de salud mental y cultura de paz se da inicio a partir del año 2004, como estrategia sanitaria nacional bajo un marco mejor estructurado en cuanto a planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de las actividades.

Según la Estrategia Sanitaria Regional de Salud Mental y Cultura de Paz de la DIRESA Ayacucho, en el año 2007, la cobertura alcanzada en las entrevistas de tamizaje es de 67%, siendo necesario aclarar que las metas se estableció en función a la demanda (incremento del 30% de la meta alcanzada en el año anterior).

Aplicando la doble diferencia, encontramos que el impacto neto de la intervención sobre hogares que algún miembro tiene tamizaje en

salud mental es de un impacto negativo de hasta - 9,5% (Ver Anexo N°1).

La diferencia porcentual de hogares que algún miembro de su familia accedió al tamizaje en salud mental muestra al momento de la evaluación un impacto negativo hasta -42% (-0,42). (Ver Tabla N° 34)

Tabla N° 34

Medida del Impacto sobre tamizaje en salud mental, según diferencias porcentuales entre intervenidos y grupo control. DIRESA Ayacucho 2009.

Variables		Grupo de Intervenidos		Grupo Control		Porcentaje de variación
		Cantidad de familias	%	Cantidad de familias	%	
Número	-	123	100	102	100	
Hogares que algún miembro tiene tamizaje en salud mental		16	13,0	23	22,5	-0,42
Nivel de instrucción	Ninguno	0	0,0	1	1,0	-1,00
	Primaria	10	8,1	15	14,7	-0,45
	Secudaria	5	4,1	7	6,9	-0,41
	Superior	1	0,8	0	0,0	0,8
	Total	16	13,0	23	22,5	-0,42
Idioma	Quechua y Castellano	15	12,2	21	20,6	-0,41
	Solo quechua	1	0,8	2	2,0	-0,59
	Solo Castellano	0	0,0	0	0,0	0
	Total	16	13,0	23	22,5	-0,42
Beneficiario de algún programa social	Si	15	12,2	20	19,6	-0,38
	No	1	0,8	3	2,9	-0,72
	Total	16	13,0	23	22,5	-0,42
Ocupación o fuente de ingreso principal	Agricultura	7	5,7	19	18,6	-0,69
	Ganadería	4	3,3	2	2,0	0,66
	Su casa	2	1,6	2	2,0	-0,17
	Comercio	2	1,6	0	0,0	1,6
	Otro	1	0,8	0	0,0	0,8
	Total	16	13,0	23	22,5	-0,42

Fuente: elaboración propia en base a la encuesta aplicada.

Impacto negativo en todos los niveles de instrucción siendo mayor en quienes no tienen ningún grado de instrucción de hasta -100% (-1,00). Impacto negativo en quienes hablan quechua y castellano y en quienes hablan solo quechua, siendo mayor en este último.

Impacto negativo en quienes son beneficiarios y los que no son beneficiarios de programas sociales.

Impacto positivo en quienes se dedican a la ganadería de 66% (+0,66) y en quienes se dedican a comercio en 160% (+1,60) y negativo en quienes se dedican a la agricultura y su casa.

Conclusiones del Impacto sobre Acceso a la Atención en Salud Mental.

En el acceso a la atención en salud mental, la diferencia porcentual global muestra un impacto negativo, tanto en el tamizaje en salud mental y en las atenciones en salud mental. En el entendido que tamizaje en salud mental se refiere a la identificación de riesgos o problemas de salud mental mediante la aplicación de instrumentos determinados para tal fin, y es un paso previo a la atención en salud mental que va dirigido a solucionar el problema de salud mental.

Los resultados muestran que el impacto negativo se presenta en todas las variables discriminadas evaluadas; evidenciándose un débil trabajo en este problema de salud, que sin embargo se ha determinado a través de políticas públicas regionales como una prioridad regional.

Resumen del Impacto sobre el Acceso a los Servicios de Salud

La generación de un grupo control (escenario contrafactual), puede ser utilizado también para indagar respecto a la heterogeneidad de efectos causales del programa para distintos sub grupos de la muestra⁵⁶. Es así que, la estimación del impacto promedio de un programa pudiese significar promediar impactos positivos y negativos de sub grupos de la población beneficiaria, no permitiendo observar impacto de distintos signos para sub grupos de la muestra. Obviar la posible heterogeneidad en los resultados impide conocer si existen

⁵⁶ Ministerio de Hacienda – Gobierno de Chile. Metodología de Evaluación de Impacto. Santiago de Chile 2007.

sub conjuntos de hogares o personas que pueden estar siendo perjudicados por el programa, cuando el resto de los beneficiarios goza de los resultados positivos de éste.

Por lo que, no se ha determinado los impactos globales, sin embargo podemos mencionar que en términos generales, en el impacto sobre el acceso a los servicios de salud, hallado mediante el método de diferencias porcentuales, se encontró lo siguiente:

En la atención integral en salud sexual y reproductiva se halló impacto positivo en el indicador del control prenatal (18%) e impacto negativo en planificación familiar (-29%). En el acceso a la atención integral de salud del niño, se encontró Impacto positivo en los indicadores de vacunación de niños menores de cinco años según calendario (5%), Control de crecimiento y desarrollo CRED de niños menores de cinco años según calendario (29%), los niños que acceden a la atención en casos de IRA y EDA (1%) y en las prácticas de comportamiento saludables (8%). El acceso a los servicios de salud mental se ha encontrado impacto negativo en el indicador de tamizaje en salud mental (-42%).

La discriminación de variables por nivel de instrucción, idioma, beneficiario de algún programa social, ocupación, se muestra en las tablas anteriores, su lectura e importancia ya fue tratada, por lo que no se ahondará en este tema.

Tabla N° 35

Resumen del Impacto sobre el Acceso a los Servicios de Salud de las Poblaciones Excluidas y Dispersas, según diferencias porcentuales.

Acceso a los servicios de salud	Al momento de la evaluación (INTRA)
Salud Sexual y Reproductiva	
Control Pre Natal	
Madres que han recibido mayor de 6 CPN durante el embarazo de su ultimo hijo	0,18
Planificación Familiar	
Parejas que acceden algún método de planificación familiar	-0,29
Atención Integral de Salud del Niño	
Vacunación	
Niños menores de 5 años que acceden a vacunación según calendario	0,05

Acceso a los servicios de salud	Al momento de la evaluación (INTRA)
Control CRED	
Niños menores de 5 años que acceden a control CRED según calendario	0,29
IRA, EDA	
Niños menores de 5 años que acceden a la atención de salud en IRA Y EDA.	0,01
Práctica de Comportamiento saludables	
Hogares que practican por lo menos tres comportamientos saludables de las siguientes: Lactancia materna, lavado de manos, uso de letrinas, combinación de alimentos, consumo de agua segura, otros)	0,08
Salud Mental	
Tamizaje en salud mental	
Hogares que algún miembro tiene tamizaje en salud mental	-0,42

Fuente: elaboración propia en base a la encuesta aplicada.

4.2.2. Evaluación de Impacto del estado de salud de la población.

Según la OMS, la salud se define como el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad.

Para objetivar de forma cuantitativa o cualitativa, el comportamiento o los cambios que se vienen produciendo en el estado de salud, es necesario establecer indicadores, la OMS los ha definido como variables que sirven para medir los cambios⁵⁷.

Los indicadores de salud son instrumentos de evaluación que pueden determinar directa o indirectamente modificaciones dando así una idea del estado de situación de una condición. Para medir es estado de salud los indicadores más usados son: los indicadores de mortalidad, natalidad, morbilidad y calidad de vida.

Para el presente estudio, el estado de salud estará representado por la situación de las tasas de morbilidad materna e infantil y general de los distritos con poblaciones excluidas y dispersas de la Región Ayacucho; y los indicadores de medición estará dada por la

⁵⁷ OMS" Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2.000" 1981.

percepción sobre la salud actual de los usuarios, prevalencia de la desnutrición crónica, prevalencia de IRAS y EDAS en los menores de 5 años y la mortalidad materna.

a. Evaluación del impacto sobre el estado de salud actual.

Según el PACD, en el año 2001, al examinar sobre cómo considera su estado actual de salud, se encontró que el 56,35% consideró estar en buen estado, en tanto que la suma de los que indicaban su estado como malo y regular alcanzaba el 43,5%.

La medida del impacto sobre entrevistados que afirman que su estado de salud actual es bueno, alcanza solamente el 26% en el grupo de intervenidos y el 41,2% en el grupo control. La diferencia porcentual de los entrevistado que afirman que su estado de salud actual es bueno, muestra al momento de la evaluación, un impacto negativo de hasta -37% (-0,37). (Ver Tabla 36)

Tabla N° 36.

Medida del Impacto sobre el estado de salud actual, según diferencias porcentuales entre intervenidos y grupo control. DIRESA Ayacucho 2009.

Variables		Grupo de Intervenidos		Grupo Control		Porcentaje de variación
		Cantidad de familias	%	Cantidad de familias	%	
Número	-	123	100	102	100	
Entrevistados que afirman que su estado de salud actual es bueno.		32	26,0	42	41,2	-0,37
Nivel de instrucción del entrevistado	Ninguno	1	0,8	4	3,9	-0,79
	Primaria	22	17,9	28	27,5	-0,35
	Secundaria	8	6,5	8	7,8	-0,17
	Superior	1	0,8	2	2,0	-0,59
	Total	32	26,0	42	41,2	-0,37
Idioma	Quechua y Castellano	26	21,1	37	36,3	-0,42
	Solo quechua	6	4,9	5	4,9	0,00
	Solo Castellano	0	0,0	0	0,0	0
	Total	32	26,0	42	41,2	-0,37
Beneficiario de algún programa social	Si	32	26,0	31	30,4	-0,14
	No	0	0,0	11	10,8	-1,00
	Total	32	26,0	42	41,2	-0,37
Ocupación o fuente de	Agricultura	15	12,2	31	30,4	-0,60

Variables		Grupo de Intervenidos		Grupo Control		Porcentaje de variación
		Cantidad de familias	%	Cantidad de familias	%	
ingreso principal	Ganadería	7	5,7	6	5,9	-0,03
	Su casa	7	5,7	4	3,9	0,45
	Comercio	2	1,6	1	1,0	0,66
	Otro	1	0,8	0	0,0	0,8
	Total	32	26,0	42	41,2	-0,37

Fuente: elaboración propia en base a la encuesta aplicada.

Presenta un impacto negativo en todos los niveles de instrucción siendo mayor en quienes no tienen ningún grado de instrucción de hasta -79% (-0,79).

Impacto negativo en quienes hablan quechua y castellano y ningún impacto en quienes hablan solo quechua.

Impacto negativo en quienes son beneficiarios y los que no son beneficiarios de programas sociales.

Impacto positivo en quienes se dedican a su casa de 45% (+0,45) y en quienes se dedican a comercio en 66% (+0,66) y negativo en quienes se dedican a la agricultura y ganadería.

b. Evaluación del impacto sobre la nutrición en niños menores de 5 años.

La desnutrición crónica infantil es altamente prevalente en nuestro país (el problema alcanza 1 de 4 niños menores de 5 años), en los últimos años esta tasa de desnutrición no ha cambiado mayormente y la situación continúa siendo grave en departamentos donde la pobreza es mayor. En estos departamentos, uno de cada dos niños se encuentra en estado de desnutrición crónica⁵⁸.

Frente a este problema, se ha venido implementando el programa estratégico Articulado Nutricional que se focaliza en dos momentos del ciclo de vida: durante el periodo de crecimiento en el vientre de la madre (crecimiento intrauterino) y entre los 0 y 36 meses (con énfasis

⁵⁸ ENDES 1996, 2000 y ENDES continua 2004-2005, MONIN 2002 y 2004.

en los menores 24 meses). El objetivo estratégico de este programa es reducir la desnutrición crónica al 2011 en niños menores de cinco años. Cuyos resultados intermedios tiene que ver con la Reducción de la morbilidad en IRA, EDA y otras enfermedades prevalentes, con la mejora en la alimentación y nutrición del menor de 36 meses y la reducción de la incidencia de bajo peso al nacer.

Igualmente en todas las acciones de este proceso se da la participación de la oferta fija y los equipos AISPED, a través de la prestación en las poblaciones excluidas y dispersas.

Según ENDES, la proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica, en el departamento de Ayacucho, en el año 2000 fue de 33,6%, para junio de 2007 presentó un aparente incremento a 36,8% y en el año 2009 se redujo relativamente a 31,2%. Al analizar estos mismos datos según características seleccionadas, en la sierra rural del país se observa una reducción progresiva, observándose 45,2% en el año 2000, 40,6% en el año 2007 y 37,9% en el año 2009.

Según el estudio de línea de base regional de desnutrición crónica⁵⁹, en el año 2009 la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 3 años en la Región Ayacucho alcanza en promedio el 32%.

Debido a la escasez de datos para hallar la doble diferencia, para el presente estudio se ha realizado las aproximaciones respectivas para los datos tanto de grupo de intervención y grupo control. En vista de que los datos son distritales, para cada grupo se ha identificado los distritos que cuentan en su ámbito con comunidades excluidas y dispersas y según los datos de intervención o no intervención se ha hallado el promedio de la prevalencia de desnutrición crónica para el grupo de intervención (que incluye el promedio de los distritos que cuenta con comunidades excluidas y dispersas y que interviene los

⁵⁹ Gobierno Regional de Ayacucho. Línea de Base de Desnutrición Infantil y Determinantes de la Pobreza 11 provincias y 111 distritos de la Región Ayacucho. Año 2009.

equipos AISPED) y control (incluye el promedio de los distritos que tienen poblaciones excluidas pero que no interviene los equipos AISPED).

Si examinamos el impacto antes y después, es decir el impacto absoluto entre los años 2000 y 2009, en la Región Ayacucho, la prevalencia de la desnutrición crónica en menores de 5 años ha disminuido en 7%, sin embargo ello no solamente podríamos atribuir a la intervención de los equipos AISPED, pues como señalamos han existido otras intervenciones en la zona, por ello se examina también el impacto en el mismo periodo en el grupo control, que indican que la prevalencia de la desnutrición crónica en menores de 5 años ha disminuido en 7%.

Aplicando la doble diferencia, encontramos que el impacto neto de la intervención sobre la prevalencia de la desnutrición crónica en menores de 5 años con aproximación a datos de las poblaciones excluidas y dispersas, presenta un impacto negativo de 2,2% como impacto neto, es decir se habría incrementado en 2,2%. (Ver Tabla N° 37).

Tabla N° 37

Evaluación del impacto sobre la prevalencia de desnutrición en niños menores de 5 años en la Región Ayacucho.

VARIABLES	ESTUDIO 2009		FUENTE	DOBLE DIFERENCIA		
			AÑO			
Evaluación del impacto sobre la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años.	Beneficiario	Control	ENDES 2000	Beneficiario	Control	Impacto
	38,2	36	45,2 *	-7	-9,2	2,2

Fuente: Elaboración propia en base a fuente de información secundaria

* Datos según características seleccionadas, en la sierra rural del país.

c. Evaluación de impacto sobre tasas de prevalencia de IRAS en menores de 5 años.

La reducción de la prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Enfermedades Diarreicas Agudas EDA, principalmente en

menores de tres años, son resultados intermedios claves del objetivo estratégico para reducir la desnutrición crónica, en el marco del programa articulado nutricional. Por lo tanto la prevalencia de IRA y EDA se convierten en indicadores de impacto de las intervenciones de la Estrategia AISPED en las poblaciones excluidas y dispersas.

Las Infecciones Respiratorias Agudas “IRAS”, son un conjunto de enfermedades que afectan las vías por donde pasa el aire en el cuerpo humano y son causadas tanto por virus como por bacterias. Este grupo de enfermedades son la principal causa de consulta en los servicios de salud y la que causa más muertes, especialmente en niños menores de cinco años y en personas mayores de 60 años. Las IRAS son más frecuentes cuando se producen cambios bruscos en la temperatura y en ambientes muy contaminados.

A nivel nacional según las estimaciones de la ENDES; la proporción de menores de 36 meses que en las dos últimas semanas anteriores a la encuesta tuvieron IRA, según características seleccionadas en la sierra rural fue de 20,2% en el año 2000, se observó un incremento hasta el 27,2% en el año 2001 y disminuyó hasta 19,6% en el año 2009. Al indagar estos mismos datos según departamento encontramos que en Ayacucho, en el año 2000 alcanzó el 18%, en el año 2007 se incrementó ligeramente a 20,9% y disminuyó hasta 14,8% para el año 2009.

Las Infecciones Respiratorias Agudas son enfermedades estacionales que se incrementan en la época del friaje. En la Región Ayacucho las IRAs ocupan el primer lugar como causa de morbilidad⁶⁰.

Para el presente estudio, se realizó la medida del impacto a través de la prevalencia de IRA, expresada en el porcentaje de niños menores de 5 años que en las dos últimas semanas anteriores a la encuesta tuvieron IRA.

⁶⁰ Dirección Regional de Salud – Oficina de Epidemiología. Análisis de la Situación de Salud de Ayacucho 2008

Tabla N° 38

Evaluación del impacto sobre la prevalencia de IRA en niños menores de 5 años en la Región Ayacucho.

VARIABLES	ESTUDIO 2009		FUENTE	DOBLE DIFERENCIA		
			AÑO			
Niños menores de 5 que en las dos semanas anteriores a la encuesta presentaron síntomas de IRA.	Beneficiario	Control	ENDES	Beneficiario	Control	Impacto
			2000			
	30,1	32,4	20,2*	9,9	12,2	-2,3

Fuente: Elaboración propia en base encuesta aplicada y fuente de información secundaria

* Datos según características seleccionadas, en la sierra rural del país.

Si examinamos el impacto antes y después, es decir el impacto absoluto entre los años 2000 y 2009, en la Región Ayacucho, la prevalencia de la IRA en menores de 5 años ha incrementado en 9.9%; este incremento se podría atribuir a diversos factores que pueden influir desde la oferta y la demanda, por ello se examina también el impacto en el mismo periodo en el grupo control, que indican que la prevalencia de IRA en menores de 5 años se ha incrementado en 12,2%.

Aplicando la doble diferencia, el impacto neto de la intervención sobre la prevalencia de IRA en menores de 5 años con aproximación a datos de las poblaciones excluidas y dispersas, se observa un impacto positivo porque se ha disminuido en -2,3%.

d. Evaluación de impacto sobre tasas de prevalencia de EDAS en menores de 5 años.

La Enfermedad Diarreica Aguda “EDA”, es una enfermedad intestinal generalmente infecciosa, caracterizada por evacuaciones líquidas o disminuidas de consistencia y frecuentes, casi siempre en número mayor a tres en 24 horas con evolución menor de dos semanas. La EDA está considerada entre las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, particularmente entre los niños que viven en medio de pobreza, educación insuficiente y saneamiento inadecuado.

Según ENDES, La proporción de menores de 36 meses que en las dos semanas anteriores a la encuesta tuvieron EDA, según característica seleccionada, en la sierra rural es fue de 21,2% en el año 2000, 18% en el año 2007 y de 14,6% en el año 2009. Para el caso del departamento de Ayacucho fue de 25,4% en el año 2000, 21,8% en el año 2007 y de 18,7 en el año 2009.

Tabla N° 39

Evaluación del impacto sobre la prevalencia de EDA en niños menores de 5 años en la Región Ayacucho.

VARIABLES	ESTUDIO 2009-2010		FUENTE	DOBLE DIFERENCIA		
			AÑO			
Niños menores de 5 que en las dos semanas anteriores a la encuesta tuvieron de EDA.	Beneficiario	Control	ENDES	Beneficiario	Control	Impacto
			2000			
	11,4	11,8	21,2*	-9,8	-9,4	-0,4

Fuente: Elaboración propia en base encuesta aplicada y fuente de información secundaria

* Datos según características seleccionadas, en la sierra rural del país.

Si examinamos el impacto antes y después, es decir el impacto absoluto entre los años 2000 y 2009, en la Región Ayacucho, la prevalencia de la EDA en menores de 5 años ha disminuido en 9,8%, sin embargo ello no solamente podríamos atribuir a la intervención de los equipos AISPED, pues existe otros factores que puedan influir desde la oferta y la demanda, por ello se examina también el impacto en el mismo periodo en el grupo control, que indican que la prevalencia de EDA en menores de 5 años ha disminuido en 9,4%. Aplicando la doble diferencia, encontramos que el impacto neto de la intervención sobre la prevalencia de EDA en menores de 5 años con aproximación a datos de las poblaciones excluidas y dispersas, presenta un disminución mínima de 0,4% como impacto neto.

e. Evaluación de impacto sobre tasas de mortalidad materna

La maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida de la mujer, pero también uno de los más peligrosos, si las

condiciones sociales y sanitarias de apoyo, relacionadas con la gestación, el parto y el puerperio no son las apropiadas.

Una muerte materna es el producto final de la correlación de una serie de factores que interactúan a través de toda la vida de la mujer. Este evento se ha constituido en uno de los indicadores más sensibles de la calidad de los servicios de salud de una región. Cada muerte materna constituye un problema social y de salud pública, en el que inciden múltiples factores, agravados en nuestro contexto por la carencia de oportunidades, la desigualdad económica, educativa, legal o familiar de la mujer, y dentro del componente asistencial el acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud.

En la Región Ayacucho, al realizar el análisis de muerte materna en los últimos 10 años consecutivos, la tendencia de la razón de mortalidad materna fue disminuyendo desde 237 que fue en el año 1999 a 141,7 en el año 2002 y hasta un 61,3 por cada 100,000 nacidos vivos en el año 2009, encontrándose un relativo incremento en el año 2006 donde alcanzó la razón de muerte materna a 149 x cada 100,000 nacidos vivos.

Alrededor del 63.5% de las muertes ocurrieron entre los 20 y 39 años de edad, cabe resaltar las muertes en adolescentes (20.56%), lo cual probablemente vaya a incrementarse por el incremento de las tasas de embarazo en esta etapa de vida. En el período 2003-2007, el 47.22% de casos ocurrieron en domicilio, el porcentaje restante en establecimientos de salud (52.7%) y en el proceso de referencia (12.04%), se puede observar también que dentro de los establecimientos de salud el 28.7% de defunciones se produjeron en Hospitales.

De acuerdo a las características de la población, las más afectadas son las mujeres que viven en comunidades dispersas, pobres y extremadamente pobres, analfabetos y con bajo nivel de instrucción.

Tabla N° 40

**Razón de Muerte Materna por Redes de Salud de la DIRESA
Ayacucho. Año 2002 a 2009.**

PROVINCIA	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón
AYACUCHO	20	141,7	18	126,6	19	132,6	20	138,9	22	149,4	10	71	12	78,5	8	61,3
CANGALLO	2	215,1	1	106,4	2	210,5	1	104,4	1	101,8				0		
HUAMANGA	9	177,1	2	39,3	8	156,8	9	176,4	9	171,9	3	61,6	2	48,5	3	58,8
HUANCA SANCOS							1	336,7						0	1	400
HUANTA	3	169,8	5	281,4	2	111,9	3	166,2	5	274,7	1	53,9	1	197,2		
LA MAR	4	204,1	6	304,6	4	202	2	100,8	4	197,4	1	60,1	3	279,9		
LUCANAS	2	130	2	129,1	1	64,1	1	63,9			1	79,9	3	426,7		
PARINACOCNAS					1	153,4	1	151,5	1	147,1	1	168,9		0	3	494,2
PAUCAR DEL SARA SARA									1	323,6				0		
SUCRE			1	283,3			1	271,7					2	3174,6	1	366,3
VICTOR FAJARDO			1	137,2			1	135	1	132,1	1	219,3		0		
VILCAS HUAMAN					1	164,2					1	191,6		0		

FUENTE: Dirección de Epidemiología DIRESA Ayacucho.

Resumen del Impacto sobre el Estado de Salud.

El impacto sobre el estado de salud, se ha determinado a través de la percepción sobre el estado de salud actual de los usuarios, la prevalencia de desnutrición crónica, prevalencia de IRAS y EDAS en menores de 5 años y la situación de la tasa de mortalidad materna.

Teniendo en cuenta que, la estimación del impacto promedio de un programa puede significar promediar impactos positivos y negativos de sub grupos de la población beneficiaria, el mismo que no permitiría observar impacto de distintos signos para sub grupos de la muestra; por lo que, no se ha determinado los impactos globales.

Sin embargo podemos mencionar que en términos generales, en el impacto sobre el estado de salud, fue hallado mediante el método de la doble diferencia al obtenerse los datos de fuente información primaria y secundaria (Ver Tabla N° 43), encontrándose lo siguiente:
El impacto neto de la intervención sobre la prevalencia de la desnutrición crónica en menores de 5 años con aproximación a datos de las poblaciones excluidas y dispersas, presenta un impacto

negativo de 2,2% como impacto neto (es decir se incrementó en 2,2%).

El impacto neto de la intervención sobre la prevalencia de IRA en menores de 5 años con aproximación a datos de las poblaciones excluidas y dispersas, se observa relativamente un impacto positivo porque solamente se ha disminuido en -2,3%.

El impacto neto de la intervención sobre la prevalencia de EDA en menores de 5 años con aproximación a datos de las poblaciones excluidas y dispersas, presenta una disminución mínima de 0,4% como impacto neto.

Respecto a la mortalidad materna en la región Ayacucho, al realizar el análisis se ha observado que en los últimos 10 años consecutivos, la tendencia de la razón de mortalidad materna fue disminuyendo desde 237 que fue en el año 1999 a 141,7 en el año 2002 y hasta un 61,3 por cada 100,000 nacidos vivos en el año 2009, encontrándose un relativo incremento en el año 2006 donde alcanzó la razón de muerte materna a 149 x cada 100,000 nacidos vivos.

El impacto sobre el estado de salud actual, determinado por los entrevistados que afirma que su estado de salud es bueno, muestra al momento de la evaluación un impacto negativo hasta -37%, en este caso fue hallado a través de las diferencias porcentuales (Ver Tabla N° 36).

Tabla N° 41

Resumen del Impacto sobre el Estado de Salud de de las Poblaciones Excluidas y Dispersas, según doble diferencia.

VARIABLES	ESTUDIO 2009-2010		FUENTE	DOBLE DIFERENCIA		
			AÑO			
Estado de Salud						
Evaluación del impacto sobre la nutrición en niños menores de 5 años.	Beneficiario	Control	ENDES	Beneficiario	Control	Impacto
			2000			
	38,2	36	45,2*	-7	-9,2	2,2
Niños menores de 5 que en las dos semanas anteriores a la encuesta	Beneficiario	Control	ENDES	Beneficiario	Control	Impacto
			2000			

VARIABLES	ESTUDIO 2009-2010		FUENTE	DOBLE DIFERENCIA		
			AÑO			
presentaron síntomas de IRA.	30,1	32,4	20,2*	9,9	12,2	-2,3
Niños menores de 5 que en las dos semanas anteriores a la encuesta tuvieron de EDA.	Beneficiario	Control	ENDES	Beneficiario	Control	Impacto
			2000			
	11,4	11,8	21,2*	-9,8	-9,4	-0,4

Fuente: Elaboración propia en base encuesta aplicada y fuente de información secundaria

* Datos según características seleccionadas, en la sierra rural del país.

4.2.3. Valoración y análisis de la relación Costo – Impacto y jerarquización de las intervenciones de la Estrategia AISPED.

El costo promedio mensual de funcionamiento de AISPED en las rutas de intervención del ámbito de la DIRESA Ayacucho para el año 2009 fue de 16,571.42 nuevos soles. Los componentes de gasto más importantes han sido: contrato administrativo de servicios con una participación del 68,8% del costo total de la intervención, el de medicamentos con 11,6%, combustible y carburantes con 7,2% y el de viáticos y asignaciones por comisión de servicio con 4,1%.

Tabla N° 42

Porcentaje del costo promedio de intervención mensual de la Estrategia AISPED. Región Ayacucho año 2009.

Componente	Promedio	%
Contrato administrativo de servicios	11392,31	68,75
Medicamentos	1919,31	11,58
Vestuario, accesorios y prendas diversas	174,65	1,05
Equipos	398,43	2,40
Bienes de consumo	346,29	2,09
Viáticos y asignaciones por comisión de servicios	686,34	4,14
Combustible y carburantes	1191,00	7,19
Otros servicio de terceros	166,03	1,00
Material, insumo, instrumental y accesorios médicos, quirúrgicos, odontológicos y de laboratorio	156,73	0,95
Papelería en general, útiles y materiales de oficina	140,33	0,85
Total	16,571.42	100,00

Fuente: Elaboración propia.

El costo total de intervención desde el inicio de la intervención de los Equipos AISPED en el año 1999 hasta el año 2008, se determinó multiplicando el costo promedio mensual (16,571.42 Nuevos soles) por el número total de meses de intervención (687 meses) en el mismo periodo, teniendo como resultado un total de 11,384,565.54 Nuevos soles como costo total de la intervención.

Cabe señalar, que estos costos representa los costos directos del programa; sin embargo no están incluidos los costos en que incurren otros miembros de la sociedad, es decir los costos en que incurren los beneficiarios por participar en el programa y las posibles externalidades negativas que el programa genera a otros individuos en la sociedad.

En la relación costo impacto se compara los impactos generados por la intervención con el valor presente de los costos de intervención (VPC). El indicador utilizado con este propósito es la relación costo-impacto (RCI) cuya fórmula de cálculo es la siguiente:

$$RCI = \frac{VPC}{Im\ pacto (\beta)}$$

El siguiente paso en el análisis de eficiencia de un programa es la jerarquización. Una de las principales ventajas del análisis costo-efectividad es que permite comparar la eficiencia de diferentes alternativas o intervenciones, en la generación de un determinado impacto. Este ejercicio simplemente ordenar jerárquicamente la RCI de cada una de las alternativas que se evalúan. La alternativa con menor RCI es la más eficiente y la que registre la RCI más alta es la menos eficiente dentro del conjunto de alternativas o intervenciones que se evalúan.

Tabla N° 43

Relación Costo – Impacto y jerarquización de las intervenciones de la Estrategia de AISPED en la Región Ayacucho.

VARIABLES	Situación con proyecto		Situación sin proyecto (3)	Impacto [(1-3)-(2-3)]	Costo de la intervención en millones de S/.	Indicador costo impacto	Jerarquización por eficacia relativa
	Beneficiario (1)	Control (2)					
Madres que han recibido mayor de 6 CPN durante el embarazo de su último hijo	35,8	30,4	19,4	5,4	11.384.566	2.108.253	2
Niños menores de 5 años que acceden a vacunación según calendario	72,4	68,6	59,3	3,8	11.384.566	2.995.938	3
Niños menores de 5 años que acceden a control CRED según calendario	65,9	51	19,5	14,9	11.384.566	764.065	1
Niños menores de 5 años que acceden a la atención de salud en IRA Y EDA	59,3	58,8	15,4	0,5	11.384.566	22.769.131	5
Niños menores de 5 que en las dos semanas anteriores a la encuesta presentaron síntomas de IRA.	30,1	32,4	20,2	-2,3	11.384.566	4.949.811	4
Niños menores de 5 que en las dos semanas anteriores a la encuesta tuvieron de EDA.	11,4	11,8	21,2	-0,4	11.384.566	28.461.414	6

Fuente: Elaboración propia en base a la Jerarquización de variables de CEPAL – Series Manuales.

La valoración de la relación costo impacto y la jerarquización de las intervenciones de la Estrategia AISPED, se realizó sobre las variables en las que se hallaron algún grado de impacto positivo.

Como se observa en la Tabla N° 42, el acceso de niños menores de 5 años al control de CRED según calendario es la más eficiente, esto significa que los costos en que incurre dicha intervención por unidad de impacto en menor en comparación con el resto de las intervenciones. Asimismo la segunda mejor intervención es sobre la variable de madres que han recibido mayor control pre natal durante el embarazo de su último hijo. Este análisis nos permitirá determinar la distribución del presupuesto de acuerdo la jerarquización definida en la evaluación que contribuya de manera más eficiente a logro de los objetivos de la estrategia.

4.3. Análisis y Discusión.

El ser humano, es el centro del Modelo de Atención Integral en Salud, como una estructura multidimensional y biopsicosocial que evoluciona en el

espacio y tiempo en función de las etapas de vida que merecen intervenciones integradas y continuas.

De acuerdo al enfoque del ciclo de vida y diagrama de causalidad de la salud materno e infantil propuesto por PARSALUD⁶¹, que constituye una herramienta que contribuye a delimitar los resultados sanitarios claves en la salud materno infantil y sus principales interrelaciones de causalidad; encontramos que entre en el periodo de 9 meses antes del parto o nacimiento de niño y los 36 meses posteriores, se suceden periodos críticos en el desarrollo del individuo uno tras otro; asimismo, en esta ventana de tiempo, se dan grandes cambios y éstos ocurren con gran rapidez.

Las etapas de vida comienzan por la gestación, que es el primer momento del ciclo de vida, y es donde la salud de los dos seres vivos (gestante y feto) se encuentra en una relación de máxima interdependencia. El crecimiento intra útero del feto, sobretodo en el primer trimestre, es dependiente del estado nutricional de la madre, aunque las consecuencias del déficit nutricional recién se verán al nacer o cuando el niño desarrolle retardo de crecimiento; luego el parto, que es un evento de corta duración, pero que debido a las complicaciones obstétricas, la salud de la madre y del neonato pueden ser severamente afectados, pudiendo ocasionar no solo discapacidades de por vida, sino la muerte de uno de ellos o de ambos. Si ambos sobreviven al evento del parto, el neonato es expuesto bruscamente a un nuevo entorno ambiental (servicios de salud donde ocurrió el parto, el hogar y la comunidad), agregado a las exposiciones que previamente experimentó in útero, determinan mayor o menor riesgo de adquirir enfermedades y la probabilidad de sobrevivir los primeros siete días y su mayor o menor vulnerabilidad hasta antes de los 28 días. Después de los 28 días, el niño (infante) inicia un rápido proceso de crecimiento y maduración marcado por una acelerada ganancia de peso y talla (es el único momento de la vida en la cual en un periodo de tres meses se duplica el peso), y tal como hoy se conoce durante los primeros 24 meses el desarrollo neuronal es intenso. El déficit de ganancia de talla en los primeros 24 meses no es

⁶¹ Ministerio de Salud – PARSALUD. 2008. Segunda Fase del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud – PARSALUD II. Estudio de Factibilidad 2008.

posible de ser corregido posteriormente, como tampoco lo es el déficit de desarrollo neuronal.

Dentro de las principales cadenas causales de los modelos explicativos, en la salud sexual y reproductiva, el control prenatal en una actividad clave con vínculos muy claros de causalidad con enfermedades que se expresan en las subsecuentes etapas de vida. Igualmente la planificación familiar va permitir reducir los embarazos riesgosos y diferir la gestación hasta encontrarse en condiciones adecuada de salud lo que va permitir reducir la mortalidad materna, con la consiguiente mejora de la calidad de vida y salud de las personas.

En la salud integral del niño, bajo el mismo modelo lógico causal podemos observar que la dotación adecuada de recursos humanos, materiales, insumos, equipos, permitirá realizar las atenciones en CRED, vacunación según calendario y sesiones educativas sobre prácticas saludables; estas actividades a su vez permitirán alcanzar resultados inmediatos, como la adquisición de conductas saludables, como el lavado de manos; lo que en el mediano plazo contribuirá a reducir la prevalencia de IRAS y EDAS, impactando finalmente en la reducción de la desnutrición crónica infantil.

En este contexto, en la actualidad el Gobierno Regional de Ayacucho ha establecido políticas públicas regionales mediante el Plan de Desarrollo Regional Concertado al 2024 que prioriza en materia de desarrollo social los problemas de la Desnutrición crónica, mortalidad materna y los problemas de salud mental.

Por consiguiente, la evaluación de impacto en el acceso a los servicios de salud, se ha realizado a través del análisis de la comparación del grupo caso y control en las variables de las prioridades sanitarias regionales consideradas para la Región Ayacucho: salud sexual y reproductiva (control prenatal, y acceso a métodos de planificación familiar); en salud del niño (vacunación según calendario, control CRED según calendario, acceso a la atención de niños con IRA y EDA, y estilos de vida saludable); en salud mental (tamizaje en salud mental).

La evaluación de impacto en el estado de salud de la población, se ha tenido en cuenta los indicadores del estado de salud actual de los usuarios

AISPED, prevalencia de desnutrición crónica infantil, prevalencia de IRAS y EDAS y tasas de mortalidad materna.

Luego de la comparación del grupo caso y control, se determinó y describió los porcentajes de variación, para su interpretación y análisis de los datos y los resultados en el impacto neto.

Para desarrollar la comparación y el análisis del grupo caso y control, se ha discriminado por las variables que influyen en el entorno familiar como: nivel de instrucción, idioma, ocupación, y si es o no beneficiario de algún programa social.

De los resultados encontrados, se puede afirmar que la implementación de la estrategia de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas, no ha logrado ampliar el acceso y mejorar el estado de salud de la población, debido a que los servicios de salud tienen limitaciones para brindar atención integral de salud y a las barreras socioeconómicas y culturales.

Las limitaciones para brindar atención integral de salud es consecuencia de la oferta de servicios de salud insuficiente que se brinda en las poblaciones excluidas y dispersas, tanto en la oferta fija en los aspectos de infraestructura, recursos humanos y equipamiento, asimismo en la oferta móvil representada por los equipos de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED), que desde su elección, conformación, capacitación, inducción para el trabajo, organización, supervisión, monitoreo y evaluación, no son incorporados ni se articulan de manera funcional a las redes de servicios de salud de los ámbitos de intervención.

Respecto a las barreras socioeconómicas y culturales, estas son producidas debido al desconocimiento por parte de las familias de las bondades o beneficios de una adecuada atención integral de salud, asimismo debido a las diferencias entre los patrones culturales de los profesionales de salud y las familias de estas poblaciones; esto se agrava por el difícil acceso geográfico que se traduce en altos costos de transacción.

En cuanto a este último aspecto, debido a que es la más difícil de las variables que imposibilitan el acercamiento de la oferta de salud a la población excluida y dispersa.

Estos aspecto traerá como consecuencia bajas coberturas principalmente en las prioridades sanitarias regionales (salud sexual y reproductiva, salud integral de niño y salud mental), percepción negativa de la población sobre los servicios de salud, el acceso inoportuno a la atención de salud preventivo promocional y recuperativo, asimismo el limitado conocimiento, actitudes y prácticas de la población para conservar su salud; con el consiguiente incremento del riesgo de morbilidad materna, infantil y general en las poblaciones excluidas y dispersas.

Para mejorar el acceso de la población excluida y dispersa a los servicios de salud, será necesario el abordaje de dos aspecto fundamentales, el primero está relacionado a fortalecer la oferta de los servicios de salud a través de la implementación con recursos humanos mínimos necesario de acuerdo a las necesidad de la demanda y en función a la categoría de los establecimiento de salud de estas poblaciones, asimismo la implementación con equipamiento básico, la capacitación de los recurso humanos es un aspecto muy importante en el marco de promover la atención con enfoque intercultural y de calidad. Para ello será necesario implementar el Plan de intervención anual de atención a poblaciones excluidas y dispersas con el financiamiento respectivo, y un equipo técnico de conducción del proceso de implementación con competencias en los diferentes niveles de gobierno y en los niveles operativos.

El segundo aspecto está relacionado con la reducción de brechas o barreras socioeconómicas y culturales, para lo cual se debe promover que las familias de las poblaciones excluidas y dispersas conozcan la importancia del cuidado de su salud, que se implemente la atención integral de salud con enfoque intercultural y el acceso de las familias a seguro universal de salud. Estos aspectos se podrían cumplir en la medida que los recursos para la implementación del Plan de intervención sean los necesarios, que exista una predisposición de las familias de comunidades excluidas y dispersas a promover el cambio, y el cumplimiento de las garantías explícitas del aseguramiento universal en salud.

CONCLUSIONES

1. En el presente estudio se ha comprobado la hipótesis, al encontrarse que la implementación de la estrategia de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas - AISPED no ha logrado ampliar el acceso a los servicios de salud y mejorar el estado de salud de la población, pues se observan impactos negativos en los siguientes indicadores: acceso a métodos de planificación familiar (- 21,5%), acceso a tamizaje en salud mental (-9,5%), prevalencia de desnutrición crónica (2,2%) y la percepción sobre el estado de salud actual (-37%); frente a algunos impactos positivos que se encontró en los indicadores del acceso al control prenatal (5,4%), acceso a la vacunación según calendario (3,8%), control de Crecimiento y Desarrollo según calendario (14,9%), y práctica de comportamiento saludables (8%).
2. Las limitaciones de los servicios de salud para brindar una adecuada atención integral a las poblaciones excluidas y dispersas, es debido a la insuficiente implementación de oferta de servicios de salud tanto de la oferta fija (75% de establecimientos de salud son de categoría I-1) y la oferta móvil (solamente cubre el 33,8% del total de las poblaciones excluidas y dispersas).
3. Los problemas socio económicos y culturales de la población se expresan en las condiciones inadecuadas de vivienda (el 76% tiene de 1 a 3 habitaciones), escasos ingresos económicos basado en la agricultura de autoconsumo (63,1%), difícil acceso geográfico (533 comunidades a más de 3 horas del establecimiento de salud) y el bajo nivel educativo (9,2% sin grado de instrucción y 70,2% con primaria), entre las más principales.
4. En el rubro del acceso a la salud sexual y reproductiva, esta labor se viene desarrollando en la Región Ayacucho en el marco del Programa Estratégico Salud Materno Neonatal. En la evaluación del acceso del

acceso al control prenatal se observó un impacto positivo de hasta 18% según diferencias porcentuales y 5,4% según doble diferencia y que son atribuibles a la intervención de la Estrategia AISPED. En el acceso a Planificación Familiar, se encontró un impacto negativo según diferencias porcentuales de hasta – 29%; igualmente según doble diferencia se observó impacto negativo de hasta – 21,5% atribuibles a la estrategia AISPED; este resultado puede responder a las diferencias del fuerte impulso en la implementación de las política de planificación familiar de fines de los años 90, respecto a estos últimos años, asimismo debido a la limitada disponibilidad de insumos de planificación familiar que incluso llegan con limitaciones a la oferta fija.

5. En el rubro del acceso a la Atención Integral de Salud del niño, estas acciones se vienen desarrollando en la Región Ayacucho en el marco de la Programa Estratégico Articulado Nutricional. El impacto del acceso de los niños menores de 5 años a la vacunación según calendario, de acuerdo a la diferencia porcentual alcanzó un impacto positivo del 5%, asimismo de acuerdo a la doble diferencia se observó un impacto positivo de 3,8% atribuibles a la estrategia AISPED. El impacto del acceso de los niños menores de 5 años al Control de CRED según calendario, de acuerdo a la diferencia porcentual alcanzó un impacto positivo de 29%, asimismo de acuerdo a la doble diferencia se observó un impacto positivo de 14,9% atribuibles a la estrategia AISPED. El impacto en el caso de niños menores de 5 años que acceden a las atenciones de salud de IRA y EDA, de acuerdo a la diferencia porcentual alcanzó un impacto de 1%, asimismo de acuerdo a la doble diferencia se observó solamente un impacto 0,5% atribuibles a la estrategia AISPED. El impacto de los hogares que practican comportamientos saludables, de acuerdo a la diferencia porcentual alcanzó un impacto positivo de 8%. El objetivo estratégico de desarrollar estas acciones es disminuir la desnutrición crónica infantil, que es un problema que se aborda como prioridad Regional a través de la Estrategia CRECER WARI.
6. En el rubro de Salud Mental, la Región Ayacucho es la región más afectada por la violencia política y como consecuencia se observa problemas de salud mental en la población. Por lo que, es igualmente

una prioridad regional; al realizar la evaluación de los hogares que algún miembro de su familia accede al tamizaje en salud mental, al aplicar el método de la diferencia porcentual encontramos que existe un impacto negativo de -42% y al aplicar el método de la doble diferencia se encuentra un impacto negativo de -9,5% atribuibles a la estrategia AISPED.

7. En la evaluación del impacto del estado de salud se consideró la percepción sobre su salud actual, la prevalencia de desnutrición crónica, la incidencia de IRA y EDA. En los entrevistados que afirman que su estado de salud actual es bueno, según la diferencia porcentual el estudio muestra al momento de la evaluación, un impacto negativo de hasta -37%. En la evaluación del impacto sobre la nutrición en niños menores de 5 años, a través del método de la doble diferencia se encontró un impacto (negativo) de 2,2%, al observarse un incremento de la desnutrición crónica de 2,2%. El impacto neto de la intervención sobre la prevalencia de IRA en menores de 5 años con aproximación a datos de las poblaciones excluidas y dispersas, se observa relativamente un impacto positivo porque solamente se ha disminuido en -2,3%; mientras que el impacto neto de la intervención sobre la prevalencia de EDA en menores de 5 años con aproximación a datos de las poblaciones excluidas y dispersas, presenta una disminución mínima de 0,4% como impacto neto.
8. Según la relación costo impacto y la jerarquización de las intervenciones de la Estrategia AISPED, se encontró que el acceso de niños menores de 5 años al control de CRED según calendario es la intervención más eficiente y la segunda mejor intervención es sobre la variable de madres que han recibido mayor control pre natal durante el embarazo de su último hijo.
9. Una limitante en el estudio ha sido no contar con una línea de base que contenga los indicadores a nivel de las poblaciones (con características de dispersión y exclusión) de beneficiarios y de una población control. Sin embargo, se ha logrado organizar una Línea de Base, a través de información secundaria, que nos permitió comparar los resultados obtenidos por la intervención.

10. La implementación de la estrategia de Atención Integral de Salud - AISPED en la Región Ayacucho, no responde a las necesidades de salud de la población que requiere una prestación de la salud de forma continua, sostenible y de calidad.

RECOMENDACIONES

1. Dado que los impacto más importantes logrados fueron en los indicadores de acceso al control prenatal, acceso a la vacunación, control de crecimiento y desarrollo, las práctica de comportamientos saludables; por lo tanto las intervenciones deben enfocar su actuación en dichos rubros de tal manera que se consolide la estrategia seguida, formalizándose en un modelo o caracterización de la intervención de la Estrategia AISPED; sin perder la lógica de estrategia integral de atención en salud a poblaciones excluidas y dispersas a través de la articulación y complementariedad con la oferta fija, para el logro del impacto en el acceso a los servicios de salud y el estado de salud de estas poblaciones.
2. Promover el fortalecimiento de la capacidad resolutive de la oferta fija de los ámbitos con poblaciones excluidas y dispersas a través de implementación con equipos básicos de atención en salud. De igual manera la Estrategia de Atención Integral de Salud AISPED, debe articularse de manera efectiva con la oferta fija, a través de una planificación, ejecución y evaluación concertada con participación de instituciones y la misma comunidad; a fin de garantizar las intervenciones sanitarias de forma continua y sostenible.
3. Teniendo en cuenta las características socio económicas y culturales de las poblaciones excluidas y dispersas; las intervenciones sanitarias deben estar enfocadas en el respeto a la diversidad cultural, derecho y equidad de género. Asimismo debe regirse a través de principios de inclusión sanitaria, integralidad y calidad.
4. Articular la Estrategia de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas, con la Estrategia Sanitaria de Salud de los Pueblos Indígenas, por compartir metas y objetivos comunes; con el fin de asegurar un proceso de implementación, seguimiento, monitoreo y

evaluación, así como de garantizar la disponibilidad presupuestal de forma permanente.

5. Debido a la ausencia de línea de base para evaluar los impactos de la intervención de la estrategia AISPED y otras intervenciones, es necesario desarrollar estudios de línea de base que permita monitorizar y evaluar las intervenciones sanitarias a fin de fortalecer y/o reorientar las estrategias que conlleven a mejores resultados e impactos.
6. Rediseñar, validar, oficializar e implementar un modelo de intervención en salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas, adecuado a las necesidades y la realidad regional; en la lógica de estrategias integrales de atención en salud a estas poblaciones y no necesariamente o únicamente atención a través de equipo itinerantes; considerando un financiamiento que garantice la implementación de este modelo en forma continua y sostenible.

A continuación se recomienda algunas acciones concretas y claves en el marco del rediseño de este modelo de intervención en los diferentes niveles de responsabilidad:

En el Nivel Nacional

- a. Incorporar en la programación anual de presupuesto público para cada año fiscal, los requerimientos presupuestales de la Región Ayacucho para la atención a poblaciones excluidas y dispersas.
- b. El Ministerio de Salud debe institucionalizar el Modelo de Atención a Poblaciones Excluidas y Dispersas, asimismo debe realizar la abogacía respectiva para la aprobación del financiamiento.
- c. Considerar a la Región Ayacucho como "Región de Atención preferencial" por la deuda social.

A nivel de Gobierno Regional de Ayacucho.

- a. Declarar la atención a las comunidades excluidas y dispersa como política pública y prioridad regional para la intervención sanitaria y social integral.
- b. Asignar recursos financieros para garantizar la atención continua y sostenible de las comunidades excluidas y dispersas.

- c. Oficializar la relación comunidades excluidas y dispersas mediante Resolución Ejecutiva Regional; los mismos que deben servir para establecer políticas de reordenamiento y focalización de las intervenciones de la cooperación interna y externa

A nivel de la Dirección Regional de Salud Ayacucho

- a. Rediseñar, validar, oficializar e implementar un modelo de intervención en salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas, adecuado a las necesidades y la realidad regional, con las adecuaciones normativas necesarias en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud.
- b. Establecer instrumentos del sistema de información única y estandarizada en las diferentes estrategias para su aplicación en el ámbito regional.
- c. Incorporar en los indicadores de acuerdos de gestión de la DIRESA Ayacucho, indicadores para medir el acceso de la población excluida y dispersa a los servicios de salud.
- d. Validar la identificación de las comunidades excluidas y dispersas de la Región, y oficializar la relación mediante Resolución Ejecutiva Regional; los mismos que deben servir para establecer políticas de reordenamiento y focalización de las intervenciones de la cooperación interna y externa
- e. Identificar ámbitos estratégicos para el fortalecimiento de la oferta fija, a través de la creación, reapertura de establecimientos de salud o la dotación de los recursos necesarios, a los ya existentes, para la atención a las poblaciones excluidas y dispersas.
- f. Gestionar financiamiento a diferentes niveles de gobierno para garantizar la atención de las poblaciones excluidas y dispersas; a través de la provisión de equipamiento, insumos y medicamentos de acuerdo a las necesidades de la población.
- g. Monitorizar, supervisar y evaluar la implementación de la estrategia de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas (AISPED), el mismo que debe ser participativa y según los indicadores de acuerdos de gestión que incorpore indicadores de acceso.

A nivel de las Redes de Salud.

- a. Realizar la propuesta de rediseño de un modelo de intervención en salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas, que responda a las necesidades de salud de su ámbito.
- b. Implementar los instrumentos del sistema de información única y estandarizada para las diferentes estrategias sanitarias y de intervención, para su aplicación en el ámbito regional.
- c. Identificar adecuadamente las comunidades excluidas y dispersas de la Región, y remitir a la DIRESA para su formalización.
- d. Remitir propuesta de creación o reapertura de establecimientos de salud en ámbitos estratégicos de la Región Ayacucho, para la atención a poblaciones excluidas y dispersas.
- e. Realizar el análisis de la situación de salud de su ámbito, para fortalecer la oferta fija a través de la programación e implementación con recursos necesario (recursos humanos, equipamiento, insumos y otros), a fin de brindar atención integral de salud a la población excluida y dispersa con enfoque de reversión de riesgo.
- f. Realizar el monitoreo y supervisión de las intervenciones de la estrategia de atención a poblaciones excluidas y dispersas en el marco de los indicadores de acuerdos de gestión (incluyendo los indicadores de acceso).
- g. Programar y ejecutar atenciones especializadas periódicamente, con especialidades según las necesidades de la población y que complemente la atención de la oferta fija.

A nivel de la Microrred de Salud

- a. Conducir la planificación de las intervenciones de la estrategia de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas, de manera participativa de tal forma que articule e integre las actividades de la oferta fija y la estrategia de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas.
- b. En el marco de la programación de presupuesto por resultado, establecer como centro de costo a los establecimientos de salud de oferta fija que cuentan con poblaciones excluidas y dispersas, los mismo que deben incluir las actividades de la estrategia de atención

integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas; asimismo los costos de programación deben ser diferenciados por la características de la demanda y oferta.

- c. Brindar atención integral complementaria y articulada entre la oferta fija y la estrategia de Atención a Poblaciones Excluidas y Dispersas.
- d. Implementar la cultura de análisis de información de las intervenciones de tal manera que sirva para la toma decisiones de fortalecimiento o reorientación de las estrategias de intervención.
- e. Realizar el monitoreo de las intervenciones de la estrategia de atención a poblaciones excluidas y dispersas en el marco de los indicadores de acuerdos de gestión (incluyendo los indicadores de acceso).

A nivel de los establecimientos de salud.

- a. Participar activamente en la planificación de las intervenciones de la estrategia de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas.
- b. Dirigir las intervenciones de la oferta fija articulados a la estrategia de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas.
- c. Brindar atención integral complementaria y articulada con el personal de la estrategia de Atención a Poblaciones Excluidas y Dispersas.
- d. Implementar el sistema de información única y estandarizada.
- e. Difundir en la población, la cartera de servicios de salud única, tanto de la oferta fija y la estrategia de atención a poblaciones excluidas y dispersas.
- f. Dar conformidad de las actividades que realizan el personal de la oferta fija y la estrategia de atención a poblaciones excluidas y dispersas.

A nivel del Equipo de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluida y Dispersas – AISPED.

- a. La estrategia de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas debe formar parte de la oferta fija con las funciones y los recursos articulados y complementarios, de tal manera que todo el proceso de atención al usuario se realice de manera integral, continua y sostenible desde la oferta fija.

A nivel de la Comunidad.

- a. Participación activa de las autoridades locales y actores sociales (club de madre, vaso de leche, JUNTOS, etc) en la planificación y evaluación de las intervenciones de atención a poblaciones excluidas y dispersas.
- b. Fortalecer la organización comunal y reactivación del sistema de vigilancia comunal en salud.
- c. Capacitación a los promotores de salud, autoridades comunales y otros actores sociales, sobre la importancia de la promoción y la prevención de la salud.
- d. Difundir y promover los derechos y deberes de los usuarios respecto a los servicios de salud, en el marco de la corresponsabilidad ciudadana.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Abdala E. Manual para la evaluación de impacto en programas de formación para jóvenes. Montevideo: CINTERFOR; 2004.
2. Banco Mundial: Evaluación del impacto de los proyectos de desarrollo en la pobreza. Manual para profesionales. Judy L. Baker. Washington 2000.
3. Centro de Información y Recursos para el Desarrollo Paraguay 2002. Plan de Monitoreo y Evaluación Proyecto Health Decentralization and Community Participation – CIRD / USA.
4. Cohen E; Martínez R. Manual de formulación, evaluación y monitoreo de proyectos sociales. 2002.
5. Equipo Técnico DIRESA Ayacucho. Modelo de Atención de Salud Ayacucho. Resolución Directoral N° 0445-2004-GR-AYAC/DRS-OP.
6. Equipo Técnico DIRESA Ayacucho. Manual para la Operativización del Componente Prestacional del Modelo de Atención de Salud Ayacucho. Resolución Directoral N° 0728-2005-GR-AYAC/DRS-OP. Ayacucho Perú 2005.
7. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES. Lima 2010. Indicadores de Resultado Identificados en los Programas Estratégicos (2000 – 1er. Semestre 2010).
8. Gobierno Regional de Ayacucho. Línea de Base de Desnutrición Infantil y Determinantes de la Pobreza 11 provincias y 111 distritos de la Región Ayacucho. Año 2009.
9. Guzmán M. Metodología de evaluación de impacto. Santiago de Chile: División de Control de Gestión; 2004.
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI. Informe Técnico: Evolución de la Pobreza al 2009. Lima mayo 2010.
11. Lago Pérez L. Metodología general para la evaluación de impacto ambiental de proyectos 1997.
12. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

13. Maroni Consultores SAC. Políticas para eliminar las barreras geográficas en salud. Lima 2007.
14. M. Teresa Valenzuela B. Indicadores de Salud: Características, Uso y Ejemplos. Chile Septiembre del 2005.
15. Melitón Arce Médico pediatra, Doctor en medicina, Viceministro de Salud, Ministerio de Salud. Lima, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2009.
16. Ministerio de Salud – Dirección Regional de Salud Ayacucho. 2001. Modelo de intervención en sociedades excluidas. Documento de trabajo.
17. Ministerio de Hacienda – Gobierno de Chile. Metodología de Evaluación de Impacto. Santiago de Chile 2007.
18. Ministerio de Salud. N.T. N° 028 MINSA/DGSP V.01. Norma Técnica de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 437 – 2005/MINSA.
19. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud de los Equipos de Atención Integral de Salud a las Poblaciones Excluidas y Dispersas. NTS N° 081 – MINSA/DGSP V.01. Lima Perú. Año 2009.
20. Ministerio de Salud – Dirección Regional de Salud Ayacucho – Proyecto de atención a comunidades dispersas. 2001. Cuadernos PACD N° 4 Equipos Itinerantes de Salud. Manual de procedimientos.
21. Ministerio de Salud. La Salud Integral: Compromiso de Todos. El Modelo de Atención de Salud. Resolución Ministerial N° 729-2003-SA/DM.
22. Ministerio de Salud. Guía Técnica de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud. Resolución Ministerial N° 696-2006/MINSA.
23. Ministerio de Salud. Lineamientos de Política Sectorial 2002 – 2012. Resolución Suprema N° 014-2002-SA
24. Ministerio de Salud. Lima – Perú 2004. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.
25. Ministerio de Salud – MINSA. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño. Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA, del 20 de marzo del 2006.

26. Ministerio de Salud. Proyecto de Atención en Salud a Comunidades Dispersas –PACD. La demanda y oferta de servicios de salud en el ámbito de intervención del Proyecto de Atención en Salud en Comunidades Dispersas (PACD). Provincias de Cangallo, Vilcashuamán y Víctor Fajardo. Ayacucho 2001.
27. Ministerio de Salud. Lima – Perú 2004. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.
28. Ministerio de Salud – PARSALUD. 2008. Segunda Fase del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud – PARSALUD II. Estudio de Factibilidad 2008.
29. Moliner, M. Diccionario de uso del español. Madrid: Gredos: 1988.
30. Navarro, Hugo (2005). "Manual para la evaluación de impacto de proyectos y programas de lucha contra la pobreza". Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES). CEPAL. Serie Manuales, 2005.
31. OPS. Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe. Serie No.1 Extensión de la Protección Social en Salud – 2003.
32. Programa de Administración de Acuerdos de Gestión – Salud Básica Para Todos - Administración Compartida. Modelo de Atención para Zonas de Alta Dispersión Poblacional: "Equipos locales itinerantes de salud una estrategia de intervención en desarrollo para poblaciones dispersas del Perú" Lima – Perú 1999
33. Proyecto SEA. Comisión Técnica. Fase de rendición de cuentas. Versión Preliminar. 2001.
34. Rawlings, Laura. Evaluación del impacto de los programas de transferencia condicionada en efectivo. Lecciones desde América Latina - México 2003.
35. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2009; 26(2): 243-47. El Aseguramiento Universal en el Perú: La Reforma del Financiamiento de la Salud en Perspectiva de Derechos. Marco Barboza – Tello.
36. Stufflebeam DL, Shinkfield AJ. Evaluación sistemática: guía teórica y práctica. Barcelona: Paidós; 1993.

ANEXOS

ANEXO N° 01

Evaluación de Impacto de la Intervención de la Estrategia AISPED sobre las variables de estudio, a través del método de la doble diferencia.

VARIABLES	ESTUDIO 2009-2010		FUENTE	DOBLE DIFERENCIA		
			AÑO			
Madres que han recibido mayor de 6 CPN durante el embarazo de su ultimo hijo	Beneficiario	Control	PACD	Beneficiario	Control	Impacto
			2001			
	35,8	30,4	19,4	16,4	11	5,4
Parejas que acceden algún método de planificación familiar	Beneficiario	Control	ENDES	Beneficiario	Control	Impacto
			2000			
	52	73,5	55,4	-3,4	18,1	-21,5
Niños menores de 5 años que acceden a vacunación según calendario	Beneficiario	Control	ENDES	Beneficiario	Control	Impacto
			2007			
	72,4	68,6	59,3	13,1	9,3	3,8
Niños menores de 5 años que acceden a control CRED según calendario	Beneficiario	Control	ENDES	Beneficiario	Control	Impacto
			2007			
	65,9	51	19,5	46,4	31,5	14,9
Niños menores de 5 años que acceden a la atención de salud en IRA Y EDA	Beneficiario	Control	INEI	Beneficiario	Control	Impacto
			1998			
	59,3	58,8	15,4	43,9	43,4	0,5
Hogares que algún miembro tiene tamizaje en salud mental	Beneficiario	Control	ESNSMCP - DIRESA AYACUCHO	Beneficiario	Control	Impacto
			2007			
	13	22,5	67	-54	-44,5	-9,5
Evaluación del impacto sobre la nutrición en niños menores de 5 años.	Beneficiario	Control	ENDES	Beneficiario	Control	Impacto
			2000			
	38,2	36	45,2	-7	-9,2	2,2
Niños menores de 5 que en las dos semanas anteriores a la encuesta presentaron síntomas de IRA.	Beneficiario	Control	ENDES	Beneficiario	Control	Impacto
			2000			
	30,1	32,4	20,2	9,9	12,2	-2,3
Niños menores de 5 que en las dos semanas anteriores a la encuesta tuvieron de EDA.	Beneficiario	Control	ENDES	Beneficiario	Control	Impacto
			2000			
	11,4	11,8	21,2	-9,8	-9,4	-0,4

ANEXO N° 2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Independiente: La implementación de la estrategia de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas - AISPED.

Dependiente: Impacto en el acceso a los servicios de salud y el estado de salud de la población excluida y dispersa de la Región Ayacucho.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORES	VALOR FINAL
Implementación de la Estrategia de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas - AISPED	Procesos y procedimientos técnicos – administrativos que permite brindar una atención integral de salud a la población que habita en localidades consideradas excluidas y dispersas, mediante equipos AISPED.	Conjunto de procesos que permite el ordenamiento de manera secuencial y coordinada de las acciones de salud, en base a las necesidades de la población excluida y dispersa mediante la oferta equipos AISPED.	Organización y gestion	· N° de ELITES o AISPED operativos.	· Situación de los equipos conformados para la atención a poblaciones excluidas y dispersas.
				· Número de profesionales por AISPED según perfil profesional.	
				· N° de meses de intervención de los ELITES o AISPED por año en la región Ayacucho.	· Grado de continuidad de la intervención de la estrategia AISPED.
				· N° de EE.SS en los que intervienen los ELITES o AISPED.	· Poblaciones excluidas y dispersas identificadas en la Región Ayacucho.
				· N° de comunidades excluidas y dispersas intervenidas por AISPED de la región Ayacucho.	
			Prestación	· Extensión de uso de las prioridades sanitarias regionales.	· Coberturas de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas..

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORES	VALOR FINAL
				<ul style="list-style-type: none"> Intensidad de uso de las prioridades sanitarias regionales. % de afiliación al SIS de la población objetivo. 	
			Financiamiento	Costo promedio por cada equipos AISPED (Recurso humano, equipamiento, medicamentos, aspectos logísticos, otros)	Recursos asignado para las intervenciones por los equipos AISPED.
Impacto en el acceso a los servicios de salud.	Llegada o acercamiento de la población a la oferta de servicios de salud.	Es el grado de acercamiento o dificultad que tiene el usuario de poblaciones Excluidas y Dispersas para relacionarse con los servicios de salud (Salud Sexual y reproductiva, Atención Integral de Salud del Niño y Salud Mental)	Salud Sexual y Reproductiva.	Madres que han recibido mayor de 6 CPN durante el embarazo de su ultimo hijo	Medida del Impacto sobre Acceso a control prenatal.
				Parejas que acceden algún método de planificación familiar	Medida del Impacto sobre Acceso a métodos de Planificación Familiar
			Atención Integral de Salud del Niño	Niños menores de 5 años que acceden a vacunación según calendario	Medida del Impacto sobre Acceso a Vacunación según Calendario.
				Niños menores de 5 años que acceden a control CRED según calendario	Medida del Impacto sobre Acceso a control CRED según calendario
				Niños menores de 5 años que acceden a la atención de salud en IRA Y EDA	Medida del Impacto sobre Acceso a la atención de salud en caso de IRA y EDA

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORES	VALOR FINAL
				Hogares que practican por lo menos tres estilos de vida de las siguientes: Lactancia materna, lavado de manos, uso de letrinas, combinación de alimentos, consumo de agua segura, otros)	Medida del Impacto sobre Estilos de Vida que practican los hogares
			Salud Mental	Hogares que algún miembro tiene tamizaje en salud mental	Medida del Impacto sobre tamizaje en salud mental
				Hogares que algún miembro recibió atención en salud mental (VIF, Alcoholismo, Depresión)	Medida del Impacto sobre Atención en salud mental
Impacto en el estado de salud de la población.	Es el estado actual de bienestar físico, mental y social de las poblaciones Excluidas y Dispersas.	Situación de las tasas de morbi mortalidad materno infantil y general en los Distritos con poblaciones excluidas y dispersas.	Estado de Salud	Estado de salud actual de los usuarios AISPED.	Medida del Impacto sobre el estado de salud actual
				Prevalencia de Desnutrición Crónica en menores de 5 años de edad	Modificaciones en el estado de salud de la población expresado en indicadores de salud positivos o negativos, respecto a la línea de base o grupo control.
				Prevalencia de IRAs en menores de 5 años de edad	
				Prevalencia de EDAs en menores de 5 años de edad	
				Tasas de mortalidad materna	
				Tasas de mortalidad infantil	
Relación costo - impacto y jerarquización de las	La Relación Costo Impacto (RCI), es la comparación de los impactos	La Relación Costo Impacto (RCI), es la comparación de los impactos	Descripción de costos y resultados	Valor presente de los costos de intervención (VPC) de la estrategia AISPED.	Valoración y análisis de los costos y resultados de la intervención de la estrategia de atención integral de

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORES	VALOR FINAL
intervenciones.	generados por la intervención con el valor presente de los costos de intervención (VPC)	generados por la intervención de la estrategia AISPED con el valor presente de los costos de intervención (VPC)		Resultado del impacto en los indicadores acceso a los servicios de salud y el estado de salud.	salud a poblaciones excluidas y dispersas. Y jerarquización de las intervenciones.

ANEXO N° 3

ENCUESTA

“ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD A POBLACIONES EXCLUIDAS Y DISPERSAS - AISPED EN LA REGIÓN AYACUCHO”

Entrevista al usuario AISPED

N° de Encuesta

Comunidad: EE.SS. al que pertenece:

Fecha (dd/mm/aa): Hora de la entrevista:

Buenos días/tardes, mi nombre es Y vengo para conversar un momento con usted sobre la atención de salud que recibe, contestando algunas preguntas nos ayudará a mejorar nuestros servicios de salud en estas zonas, esta actividad ya fue coordinada con su promotor o autoridad comunal:
Muchísimas gracias por su ayuda.

A. DATOS GENERALES

A1. El cargo del entrevistado es:

Promotor.....	1
Autoridad Comunal	2
Ama de casa.....	3
Comunero	4
Otro	5

A2. El entrevistado es:

Padre	1
Madre	2
Otro (especificar)	

A3. Edad: ¿Cuántos años cumplidos tiene?

años

A4. Quienes viven habitualmente y comparten sus comidas en este hogar.
Colocar relación de parentesco con el jefe del Hogar en el siguiente orden:

- Jefe de Hogar
- Cónyuge
- Hijos solteros, de mayor a menor
- Hijos Casados, con sus cónyuges e hijos
- Otros parientes (Hermanos, tíos, primos, etc)
- Personas no presentes pero que viven habitualmente (que esté de vacaciones estudiando en otra parte, etc)

N°	Relación de parentesco	Edad	Sexo
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			

A5. Cuantos hijos vivos tiene?:

A6. Grado de instrucción del encuestado:

¿Cuál es el último nivel de estudios que aprobó?

		Años de Estud
Ninguno.....	1	
Primaria.....	2	
Secundaria	3	
Superior	4	

A7. Idioma:

¿Qué idioma o idiomas habla?

Castellano y quechua.....	1
Solo quechua.....	2
Solo castellano.....	3
Otro (Especifique)	

A8. Religión:

¿Cuál es su religión?

Católica	1
Iglesia Adventista	2
Pentecostes.....	3
Israelita.....	4
Testigos de Jehová.....	5
Otro (Especifique)	

A9. N° total de habitaciones (cuartos) de su casa:

A10. Cuenta con seguro de salud?

SIS

1

A11. Participación en programas sociales	JUNTOS	1
La familia es beneficiario de algún programa social?	PRONAA	2
	WAWAHUASI	3
	Vaso de leche	4
	Comedor popular	5
	PAN TBC	6
	Otros	7
	No es beneficiario de programas	8

A12. Cuál es su ocupación o fuente de ingreso principal?

A13. Cuánto es su ingreso promedio mensual familiar? S/. Nuevos soles

B. ACCESO A LA ATENCIÓN EN SALUD (Prioridades Sanitarias Regionales)

SALUD MATERNA (Mortalidad Materna)

B1. Cuál es la edad de su último niño vivo?	Menor de 1 año	1	
	Menor de 3 años	2	
	Menor de 5 años	3	
	Mayor de 5 años	4	>> B5

B2. Cuando estuvo embarazada de su niño menor de 5 años cuántas veces se controló su embarazo?	1 a 2 controles	1	
(si tiene más niños menores de 5 años, se elegirá el último hijo vivo)	3 a 4 controles	2	
	5 a 6 controles	3	
	Mayor de 6 controles	4	
	Ninguno	5	>> B4

Si la respuesta es positiva pasar a la siguiente

B3. Donde se ha hecho el control de embarazo?	ELITES / AISPED	1	
	P.S. MINSA	2	
	C.S. MINSA	3	
	HOSP. MINSA	4	
	ESSALUD	5	
	OTRO (Especifique)		

B4. Porqué no se controló su embarazo?	No hay establecimiento de salud	1	
(En caso de no haberse controlado)	El establecimiento está muy lejos	2	
	No tiene confianza en el servicio	3	
	No le trataron bien	4	
	Sólo usan medicinas	5	
	Otro (especificar)		

B5. Hace uso de algún método de planificación familiar?	Si	1	
	No	2	>> B7

B6. Qué método de Planificación Familiar hace uso?	Método de barrera	1	
	Injectables	2	
	Métodos orales	3	
	AQV	4	
	Método Natural	5	
	OTRO (Especifique)		

SALUD DEL NIÑO (Desnutrición crónica)

B7. Su niño menor de 5 años fue vacunado según calendario?	SI	1	
(si tiene varios niños menores de 5 años, se elegirá el último hijo)	NO	2	>> B10
	No Aplica	3	

B8. Dónde lo vacunaron?	ELITES / AISPED	1	
	P.S. MINSA	2	
	C.S. MINSA	3	
	ESSALUD	5	
	OTRO (Especifique)		

B9. Le explicaron para qué sirve la vacuna?	SI	1	
	NO	2	
	No recuerda	3	

B10. Porqué no lo vacunó a su niño de acuerdo a calendario de vacunación?	No hay establecimiento de salud	1	
	El establecimiento está muy lejos	2	
	No tiene confianza en el servicio	3	

		Cuantos?	
B11. Su niño menor de 5 años fue controlado según calendario CRED? (si tiene varios niños menores de 5 años, se elegirá el último hijo) Verificar carnet	Tiene control completo	<table border="1"><tr><td>1</td></tr></table>	1
	1		
	Tiene control incompleto	<table border="1"><tr><td>2</td></tr></table>	2
2			
No tiene ningún control	<table border="1"><tr><td>3</td></tr></table> >> B13	3	
3			
B12. Dónde le controló el crecimiento y desarrollo a su niño menor de 5 años?	ELITES / AISPED	<table border="1"><tr><td>1</td></tr></table>	1
	1		
	P.S. MINSA	<table border="1"><tr><td>2</td></tr></table>	2
	2		
	C.S. MINSA	<table border="1"><tr><td>3</td></tr></table>	3
3			
ESSALUD	<table border="1"><tr><td>5</td></tr></table>	5	
5			
OTRO (Especifique)			
B13. Cree usted que el control, de CRED es bueno para la salud de su niño?	SI	<table border="1"><tr><td>1</td></tr></table>	1
	1		
	NO	<table border="1"><tr><td>2</td></tr></table>	2
2			
Porqué:			
B14. Su niño estuvo resfriado durante las dos últimas semanas?	SI	<table border="1"><tr><td>1</td></tr></table>	1
	1		
	NO	<table border="1"><tr><td>2</td></tr></table>	2
2			
No aplica	<table border="1"><tr><td>3</td></tr></table>	3	
3			
B15. Su niño ha tenido deposiciones líquidas durante las dos últimas semanas?	SI	<table border="1"><tr><td>1</td></tr></table>	1
	1		
	NO	<table border="1"><tr><td>2</td></tr></table>	2
2			
No aplica	<table border="1"><tr><td>3</td></tr></table>	3	
3			
B16. Buscó consejo o tratamiento para el resfrio o la diarrea de su niño?	SI	<table border="1"><tr><td>1</td></tr></table>	1
	1		
NO	<table border="1"><tr><td>2</td></tr></table>	2	
2			
B17. Dónde buscó consejo o tratamiento para el resfrio o la diarrea de su niño?	ELITES / AISPED	<table border="1"><tr><td>1</td></tr></table>	1
	1		
	P.S. MINSA	<table border="1"><tr><td>2</td></tr></table>	2
	2		
	C.S. MINSA	<table border="1"><tr><td>3</td></tr></table>	3
3			
ESSALUD	<table border="1"><tr><td>5</td></tr></table>	5	
5			
OTRO (Especifique)			
B18. Porqué no acudió a un EE.SS. cuando su niño estuvo enfermo?	No hay establecimiento de salud	<table border="1"><tr><td>1</td></tr></table>	1
	1		
	El establecimiento está muy lejos	<table border="1"><tr><td>2</td></tr></table>	2
	2		
	No tiene confianza en el servicio	<table border="1"><tr><td>3</td></tr></table>	3
	3		
No le trataron bien	<table border="1"><tr><td>4</td></tr></table>	4	
4			
La vacuna hace daño	<table border="1"><tr><td>5</td></tr></table>	5	
5			
Otro (especificar)			
B19. Practica algunos estilos de vida saludables? Cuales: Verificar	Lactancia materna exclusiva	<table border="1"><tr><td>1</td></tr></table>	1
	1		
	Lavado de manos	<table border="1"><tr><td>2</td></tr></table>	2
	2		
	Uso adecuado de letrinas	<table border="1"><tr><td>3</td></tr></table>	3
	3		
	Adecuada combinación de alimentos	<table border="1"><tr><td>4</td></tr></table>	4
4			
Consumo de agua segura	<table border="1"><tr><td>5</td></tr></table>	5	
5			
Ninguno	<table border="1"><tr><td>6</td></tr></table>	6	
6			
Otros (especificar)			

SALUD MENTAL (VIF, Alcoholismo y Depresión)

B20. En los últimos 3 años le hicieron alguna entrevista de tamizaje en salud mental para detectar VIF, Alcoholismo o Depresión?	SI	<table border="1"><tr><td>1</td></tr></table>	1
	1		
NO	<table border="1"><tr><td>2</td></tr></table>	2	
2			
B21. En los últimos 3 años le atendieron a algún miembro de su sobre algún caso de salud mental (VIF, Alcoholismo o Depresión)?	SI	<table border="1"><tr><td>1</td></tr></table>	1
	1		
NO	<table border="1"><tr><td>2</td></tr></table> >> B23	2	
2			
B22. Dónde le atendieron sobre su problema de salud mental?	ELITES / AISPED	<table border="1"><tr><td>1</td></tr></table>	1
	1		
	P.S. MINSA	<table border="1"><tr><td>2</td></tr></table>	2
	2		
	C.S. MINSA	<table border="1"><tr><td>3</td></tr></table>	3
3			
ESSALUD	<table border="1"><tr><td>4</td></tr></table>	4	
4			
OTRO (Especifique)			
B23. Porqué no acudió a un EE.SS. cuando tuvo algún problema de salud mental?	No hay establecimiento de salud	<table border="1"><tr><td>1</td></tr></table>	1
	1		
	El establecimiento está muy lejos	<table border="1"><tr><td>2</td></tr></table>	2
	2		
	No tiene confianza en el servicio	<table border="1"><tr><td>3</td></tr></table>	3
	3		
No le trataron bien	<table border="1"><tr><td>4</td></tr></table>	4	
4			
No hay especialistas	<table border="1"><tr><td>5</td></tr></table>	5	
5			
Otro (especificar)			

C2. Usted considera que es necesario el cuidado de la salud? SI NO

1
2

Por qué?

C3. Qué hace usted cuando está enfermo?

Si la respuesta es que no acude al establecimiento de salud, preguntar:
 ¿Por qué no acude a un establecimiento de salud?

C4. El personal del establecimiento de salud (Oferta Fija) a donde pertenece, cada qué tiempo visita su comunidad?

SEMANAL	1
CADA DOS SEMANAS	2
MENSUAL	3
CADA DOS MESES	4
MAYOR DE DOS MESES	5
NUNCA	6

C6. ¿Qué sugerencias tiene para mejorar la atención en los establecimientos de salud (Oferta Fija)?

D. PERCEPCION SOBRE LOS ELITES O AISPED

D1. Sabe si su comunidad recibe la visita de los ELITES o AISPED?

D2. Usted ha sido atendido alguna vez por los ELITES o AISPED?

D3. Cuáles fue el motivo por las que se hizo atender por los ELITES o AISPED?

D4. Cómo lo trató el personal de ELITES o AISPED que lo atendió?

Muy bien	1
Bien	2
Regular	3
Mal	4
Muy mal	5

Porqué?

D5. Usted ha pagado por la atención recibida? SI NO

1
2

D6. Usted ha pagado por los medicamentos recibidos? SI NO

1
2

D7. Efectividad de las medicinas recibidas en los establecimientos de salud o AISPED?

La medicina que recibí lo sano	1
No lo sano y le dieron otra	2
no lo sano y no le dieron otra	3
no lo tomó	4

D8. Efectividad de la atención o tratamiento recibido: En general, la atención o tratamiento recibido:

Le sirvió para curarse	1
Le sirvió muy poco	2
No le sirvió	3

D9. Qué sugerencias tiene para mejorar la atención de los ELITES o AISPED?

